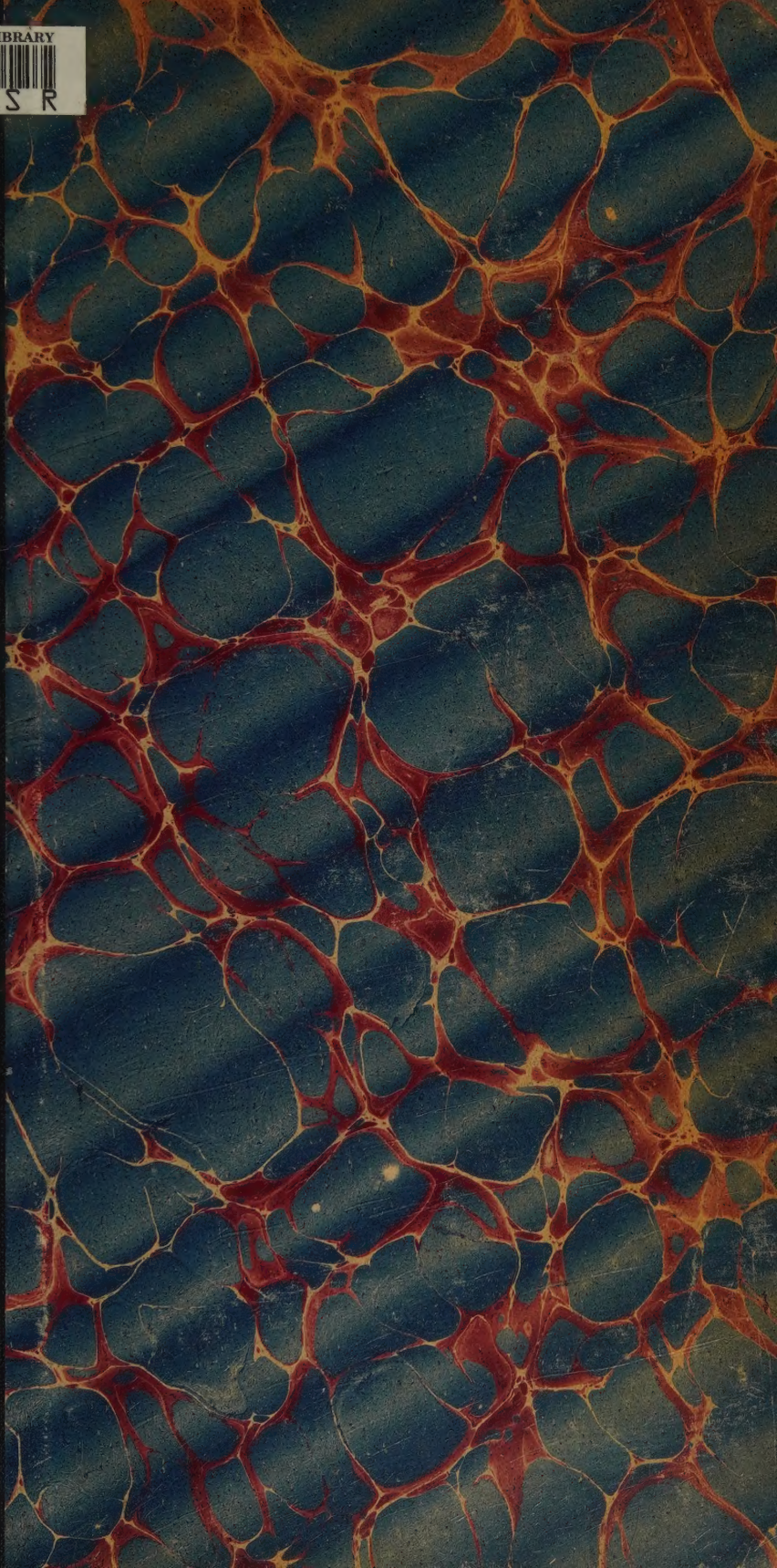


COUNTWAY LIBRARY



HC 4VLS R





20 F 27

***BOSTON***  
***MEDICAL LIBRARY***  
***& THE FENWAY***










BIBLIOTECA MEDICA INTERNAZIONALE

Vol. XVI.



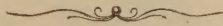
F. MASSEI

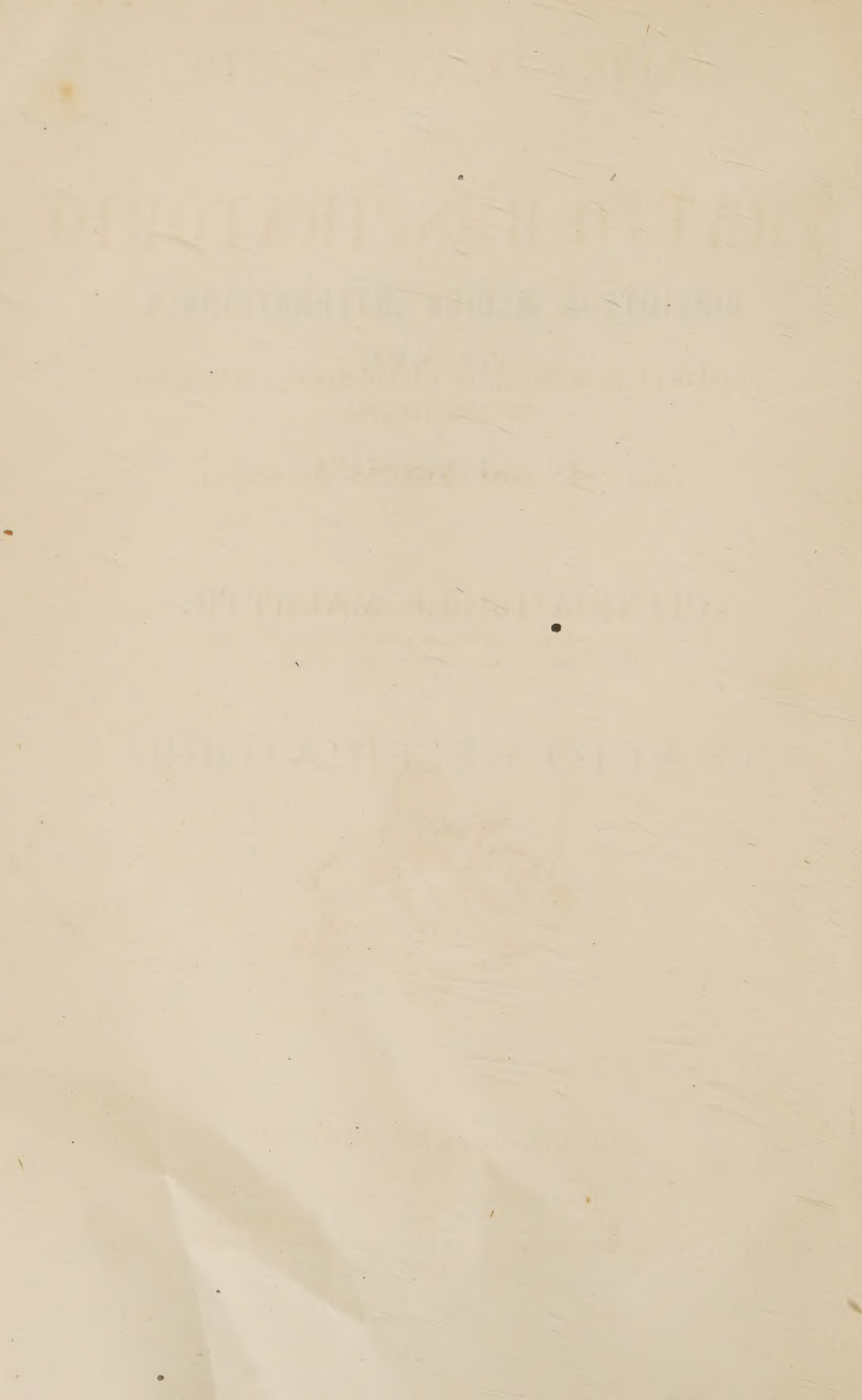


CLINICA DELLE MALATTIE

DEL

TRATTO RESPIRATORIO







CLINICA DELLE MALATTIE

DEL

# TRATTO RESPIRATORIO

RACCOLTA DI MEMORIE DI LARINGOLOGIA, RINOSCOPIA  
ED AEROTERAPIA

AD USO DEI MEDICI PRATICI

DEL

Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto.  
Privato docente e Medico in S. Eligio.



ENRICO DETKEN EDITORE  
NAPOLI

Piazza del Plebiscito e Via Roma, 288

ROMA  
121, Montecitorio

PALERMO  
Via Vitt. Em. 411.

1881




6721

16.C.349



ALLA SANTA MEMORIA  
DI MIA MADRE  
CONSACRO QUESTE PAGINE  
LA MAGGIOR PARTE DELLE QUALI  
IO SCRISSE  
CONFORTATO DAL SUO AFFETTO  
RALLEGRATO DAL SUO SORRISO

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2025



## PROEMIO

---

Devo esser grato al solerte Editore Sig. E. Detken il quale gentilmente mi espresse il desiderio di riunire in un volume quel pò che io aveva pubblicato, nel corso di dodici anni, intorno alle malattie che furono oggetto principale dei miei studi.

Nel rivedere tutto il mio lavoro, che ha un solo pregio, la impronta della verità, io vi ho aggiunto qualche nota o fatto delle emende — Sono, in massima parte, casi pratici di un certo rilievo, memorie lette a Congressi, lezioni sulle malattie della gola. Mi adoperai quindi a riordinare come meglio poteva i diversi argomenti, nella lusinga che specialisti e policlinici, possano rinvenirvi un pochino d'interesse.

E ciò mi ricompenserà largamente della fatica durata.

Napoli, marzo 1881.





# INDICE

---

DEDICA

PROEMIO

I. Sulla importanza e frequenza delle malattie laringee. Lezione . . . . .	pag. 1
II. Sulla importanza e sulle indicazioni della cura locale nelle malattie respiratorie. Lezione . . . . .	» 9
III. Sulle laringiti pseudo-membranose. Due lezioni LEZIONE PRIMA. Patologia e terapia delle laringiti pseudo-membranose . . . . .	» 18
LEZIONE SECONDA. I vari processi di tracheotomia con particolare riguardo alla tracheotomia nel crup . . . . .	» 32
IV. A proposito di un caso di crup laringeo guarito . . . . .	» 46
V. A proposito della tracheotomia nel crup. Lettera al Professor Tito Livio De Sanctis . . . . .	» 56
VI. Afte della laringe . . . . .	» 62
VII. Mughetto della laringe . . . . .	» 63
VIII. Ancora sul mughetto laringeo . . . . .	» 65
IX. A proposito di un interessante caso di edema laringeo . . . . .	» 67
X. Contribuzione allo studio delle nevrosi laringee . . . . .	» 75
XI. Corea laringea? . . . . .	» 80
XII. Parallelo tra la corrente faradica e la continua nelle paralisi vocali. . . . .	» 87
XIII. Caso di stenosi laringea. Trattamento per le vie na- turali; guarigione . . . . .	» 97
XIV. Caso di stenosi faringo-laringea . . . . .	» 104
XV. Sifilide gommosa delle corde vocali . . . . .	» 107
XVI. Laringite ulcerosa con tisi polmonare incipiente. Gua- rigione . . . . .	» 119
XVII. Le varie forme della tubercolosi laringea . . . . .	» 124

XVIII. Polipo fibroso della laringe . . . . .	pag. 137
XIX. Fibroma della laringe. Asportazione per le vie naturali. Guarigione . . . . .	» 139
XX. A proposito di un papilloma laringeo . . . . .	» 144
XXI. Uno spillo nella gronda faringo-laringea destra. . . . .	» 150
XXII. Una sanguisuga nella laringe. Estrazione per le vie naturali. . . . .	» 153
XXIII. Contribuzione allo studio delle malattie del ventricolo del Morgagni. . . . .	» 158
XXIV. Tracheoscopia per trasparenza . . . . .	» 167
XXV. Contribuzione alla rinoscopia . . . . .	» 174
XXVI. Una nuova cura dell'ozena . . . . .	» 179
XXVII. Intorno alla cura della difterite. Lettera al Professor Giulio Lepidi-Chioti . . . . .	» 189
XXVIII. Tre casi di asma guariti col trattamento pneumatico. . . . .	» 196
XXIX. Un caso di emottisi curato colle espirazioni nell'aria compressa. Lettera al Dottor C. Forlanini . . . . .	» 203
XXX. Corpo estraneo nel bronco destro—Espulsione . . . . .	» 206

## Sulla importanza e frequenza delle malattie laringee.

## LEZIONE.

## SIGNORI,

Se voi avete presenti alla memoria i brevi capitoli che i più reputati libri di patologia consacrano alle malattie della laringe, certamente vi meraviglierete del compito che assumo. Nel desiderio però di non stancare la vostra pazienza, io mi propongo cominciare da una dimostrazione storica, e mi dimando subito: quale è la parte che aveano in patologia, sino a pochi anni fa, le malattie della laringe?

Una minima ed assai modesta.

Il catarro, la flogosi, il crup, le ulcerazioni, i neoplasmi, le nevrosi, erano argomenti trattati con tale concisione che oggi, dopo che la loro storia si è tutta rifatta da capo, noi arrossiamo di aver saputo tanto poco e tanto malamente di codesti processi morbosi. Era l'anatomia patologica angusta, quella che avea alla sua volta ristretti i limiti della relativa nosografia; malgrado le autopsie ed il microscopio, non si sapeva più di quello che ha scritto il Niemeyer, e saperne oggi quanto allora, vorrebbe dire saper molto poco. La laringe, nei reperti necroscopici, prendeva una parte incidentale, e quando la causa diretta della morte avea proprio sede entro la scatola della voce, nell'interrogarla sul tavolo anatomico, bisognava accettarne il responso con tutto il beneficio dell'inventario a cui sottoponeva quelle lesioni il fatto stesso della morte. La ricca rete di fibre elastiche avea dissipato l'iperemia; la tensione dei tessuti cedeva il posto ad uno stato di rilasciamento, lo spasmo e la paralisi dei varii muscoli convergevano ad un punto comune, lo stato cadaverico delle corde, e le interpretazioni quindi erano erranee od incomplete, sempre chè non si volesse parlare di un materiale clinico ed anatomico troppo scarso.

Donde la credenza che il classare in una rubrica speciale i morbi laringei, non fosse che una stiracchiatura. E la dissero una specialità di pochi centimetri di spazio, e caratterizzarono i seguaci come medici dei cantanti!



Il laringoscopio, in realtà, ha operato una rivoluzione: esso ha rivelato processi che s'ignoravano: ha mostrato i legami di queste malattie con altre di organi differenti o con morbi generali, ha ridotta a locale la medicazione empirica, che si faceva con pochi ed infedeli medicamenti.

Se voi, da esperti fisiologi, invocate un po' le funzioni alle quali è chiamata la laringe, malgrado la nobiltà di queste, malgrado l'intricata struttura dell'organo, potrete facilmente accorgervi che in ben limitata guisa ella può rispondere agli stimoli che a scopo sperimentale determinerete. La tosse, lo spasmo, il dolore, sono effetto costante di stimoli chimici e meccanici che potrete variare per natura ed intensità, all'infinito. — Occludete la laringe e l'animale cadrà asfittico, restringetene il lume e l'asfissia sarà graduale, ostacolate la vibrazione delle corde e determinerete raucedine od afonia, immobilizzate l'organo, il suo coperchio valvolare, e ne seguirà disfagia. Ora pensate un po' quanti processi morbosi siano capaci di riprodurre tutto ciò, e ne ricaverete un canone clinico che mette il brivido al pratico, cioè: che i dissesti funzionali, isolati o congiunti tra di loro saranno, per effetto di malattie molteplici e diversissime, sempre i medesimi. — La diagnosi fondata sopra basi così poco solide, non sarà dunque che approssimativa e molte fiate interamente erronea. Pensate un po' quale imbarazzo sarebbe pel clinico, se egli dovesse emettere il giudizio diagnostico intorno ad una malattia polmonare appoggiandosi unicamente ai sintomi funzionali: la tosse, l'affanno, l'espettorato. Non confortato da un esame plessimetrico e stetoscopico, il clinico rischierebbe di dirne delle grosse, e così vanno le cose per la laringe: anzi quanto più si è abituati alla laringoscopia, maggiore scoraggiamento si prova tutte le fiate che si vuol tentare una diagnosi senza poter contare sulla diretta esplorazione. Il dubbio assumerà tal parte, che si crederà appartenere ora all'ulcera, ora alla paralisi, ora al tumore, e via dicendo, quella monotona scena morbosa che ripete la tosse, lo spasmo, il dolore.

Lo specchio laringeo vi pone sotto gli occhi la lesione locale tale qual'è, partecipante alla vita dell'intero organismo, integro o malato in altri tessuti; onde si scassa lo equivoco e non resta che spiegare con le leggi di sana fisiologia, i dissesti funzionali che ne sono la conseguenza; e se volete andare anche più oltre, la ragion vera per la quale non ci ha in campo raucedine, dispnea o disfagia quando sarebbe ad aspettarsele.

Sì, o Signori, questo paradosso si comprende agevolmente quando si studia bene la sede precisa del morbo: vi sono tumori, e si danno casi di corpi estranei penetrati nella cavità della laringe, i quali non provocano quelle molestie che a prima giunta si direbbero ca-

ratteristiche. Il terzo anteriore del glottide accoglie talfiata voluminosi polipi senza che ci sian segni di laringo-stenosi, e questo perchè la porzione respiratoria del glottide medesimo basta ai bisogni del libero transito dell'aria: siccome vi sono egualmente tumori i quali non turbando le vibrazioni delle corde, nè impedendone il ravvicinamento, non alterano per niente la voce.

La diagnosi si fonda tutta sul reperto anatomico che voi avete innanzi sull'individuo vivo, non già sugli atlanti iconografici o sul cadavere.

Per la scoperta del laringoscopio la storia delle laringopatie si moltiplicò, direi quasi, a vista. Le flogosi allargarono il loro campo etiologico, e le laringiti secondarie al morbilllo ed alla tisi furono obbietto di particolareggiate descrizioni. Le forme acute ed iper-acute si accentuarono ancora meglio e si studiarono separatamente nell'adulta e nella giovane età. I loro esiti, prossimi, e remoti, rappresentano ora tipi così specchiati, che non a torto si parla di una laringite glandulosa e di una ipertrofica; vuol dire che se un tempo si diceva: una laringite cronica può terminare in codesta o cotal'altra guisa, ora noi accompagniamo assai dappresso queste trasfigurazioni, ed imparammo tanto che di questi esiti abbiano creato individualità distinte.

Le alterazioni specifiche, effetto di siflidi o di tubercolosi, han meritato studio a parte. Si è visto che nella laringe si potevano sviluppare placche mucose ed infiltramenti gommosi, forme iniziali di altri guasti. Oltre all'ulcera tubercolare (creduta sola e costante manifestazione), si descrisse la pericondrite e l'infiltrato di eguale carattere, ed il semplice deposito dei granuli miliari.

Le nevrosi, che appena, appena abbracciavano la paralisi e lo spasmo, furono classate in nevrosi sensitive e motorie: di queste si descrissero i segni speciali spettanti a ciascun muscolo intrinseco che perdeva od esagerava la sua funzione, e s'indagò come talune paralisi inducevano laringo-stenosi, altre soli dissesti vocali.

Ai polipi si conferì il nome più scientifico di neoplasmì, non già per un mero capriccio, ma perchè moltiplicandosi di giorno in giorno le osservazioni, si potettero ben delineare le varie specie osservate: onde ai papillomi ed al cancro, tenne dietro la lunga serie di molte varietà: i fibromi, i lipomi, le cisti, i mixomi, gli angiomi, gli adenomi, i tumori amiloidi, e via.

Notizie precise coteste che servono al chirurgo per decidersi o no ad operare, e suggerirgli un processo ispirato alla sede ed alla natura del tumore, ora che nella laringe si opera con la stessa sicurezza come sulle esterne regioni dell'economia.

Anche il modo di penetrazione dei corpi estranei, il loro lungo soggiorno nella cavità, scompagnato eccezionalmente da qualsiasi fenomeno, più d'ordinario seguito dal corteo di sintomi che depongono

per una malattia spontanea, sono tanti fatti che ricevettero sempre per opera del laringoscopio, un'ampia illustrazione.

I diversi modi ond'erasi svolta una laringo-stenosi, come a dire le anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee, le briglie neoformate, le retrazioni cicatriziali, la proliferazione esuberante di connettivo, i neoplasmi nel vero senso della parola, l'edema acuto e cronico, le paralisi degli abduttori, tutto fu possibile riconoscere mercè lo specchio laringeo; sicchè se prima era già molto il dire: è ristretto il lume della laringe, ora, invece, conosciamo perfettamente dove ed in qual modo si è fatto lo stringimento.

Non vi fu cultore di laringoscopia che non avesse avuto l'agio di descrivere un fatto nuovo: l'atrofia dei muscoli e delle corde vocali (Mackenzie) — i depositi calcarei sulle stesse (Mandl) — l'ozena laringo-tracheale (Baginsky e Fraenkel) — l'ernia dei ventricoli (Zawerthal) — ed io stesso — ultimamente — le afte sulle aritenoidi.

Fu in vista di tutto ciò che la classifica delle laringopatie col moderno indirizzo, rimase un desiderato: quello che prima si numerava con le dita è divenuto un materiale così copioso da fare smarrire coloro che più ne sono padroni.

Con l'indice che vi ho parato davanti, voi già potete tirarne una conseguenza diretta, cioè che le malattie della laringe sono *molte*.

Ora, tengo a *dimostrarvi* che sono *frequentissime*: e dico *dimostrare*, perchè desidero il vostro intervento, non già un atto di fede a favore di una proposizione che potrebbe sembrare messa fuori ad arte.

Mi rivolgerò, per questa dimostrazione, all'etiologia generica delle malattie laringee.

Una prima disposizione si trova subito nella frequenza con cui è chiamata a funzionare la laringe. L'aria respirabile, che è l'elemento vitale, si traduce in uno stimolo abnorme essa stessa, sempre che non sia ad una temperatura e di una purezza determinata.

Riguardo alla temperatura, io voglio non solo alludere ai rapidi sbalzi nelle stagioni e località diverse, ma eziandio a tutti gli stati morbosi o le normali condizioni che non permettono il passaggio dell'aria attraverso le cavità nasali, le quali sono un filtro ed un calorifero per l'uomo e gli altri animali che ne sono provveduti.

Tutti coloro che respirano malamente pel naso, tutti coloro che declamando o cantando, sono obbligati a fare per la bocca ampie inspirazioni, non godono di un immenso beneficio, cioè che l'aria atmosferica attraversi le tortuose vie del naso, tappezzate da una estesa membrana mocciosa, rivestita da epitelio a cigli vibratili, a contatto della quale si equilibra al grado di calore del corpo e si libera dai polviscoli che tiene in sospensione. L'aria esteriore, in emergenze simili, impressiona, troppo calda (e sempre impura), la faringe e la laringe, che sono il vestibolo o le regioni più alte del tratto respiratorio.



Di quelli poi che, per mala abitudine o necessità, son costretti a respirare aria satura di polviscoli atmosferici, organici o minerali, di vapori irritanti, un'aria calda, rarefatta, pregna di acido carbonico, non è scarso il numero. Dai segatori di legno ai minatori, magazzinieri di grano, lanaiuoli, fabbricanti di armi ed industrianti di chimica, ai giovinastri che passano le intere notti nelle sale affumicate dei bigliardi, dei caffè, ed in quelle non meno insalubri da ballo, non è breve la scala, e se non finiscono per infermarne tutti in massa, ne ammalano bensì quelli in cui la mucosa era più vulnerabile per effetto di altre concause, o perchè perennano il soggiorno in un'atmosfera tossica, abitando la notte la bisca, e passando il giorno a lavorare in luoghi che sono in condizioni ugualmente sfavorevoli.

La laringe, dippiù, è, per ragioni topografiche, in intimi rapporti col tratto digerente, e la sua parete posteriore rappresenta l'anteriore della parte più alta del canale esofageo. Ebbene, chi ingerisce liquidi molto caldi o per accidentalità bollenti, corre il rischio di avere un'angina epiglottica ovvero un edema gravissimo, senza dire che il passaggio continuo di bevande alcoliche, di cibi irritanti, è la goccia che scava la pietra, è la causa di processi irritativi o quella che vale a mantenerli.

Molto avrei a dire se ora, inoltre, più che spiegare, enumerare volessi i modi per cui, come organo della voce, tanto lavora la laringe.

La voce, che è come a dire la sostanza della parola articolata, con la quale ci mettiamo in rapporto col mondo esteriore, mercè la quale esprimiamo i nostri pensieri, i desiderii, gli affetti; che con le sue modulazioni ed il suo fascino sottrae dolcemente alle tasche di tanti (appassionati o gonzi), i milioni; la voce, io dico, implica un continuo e sinergico movimento muscolare; una tensione ed un rilasciamento alternativo delle parti, così frequente e rapido, che anche senza il concorso di altre cause coadiuvanti, espone la laringe ad infermare. Fatta astrazione dai sordo-muti e da qualche alienato, chi è che non parla in questa valle di lagrime? Strillano le donne, urlano gli artisti, grida chi vuole aver ragione, predicano a squarcia gola i preti, si sfatano i professori, strombettano la merce i venditori, comanda il capitano, declama il poeta..... e tutti..... tutti..... donne, artisti, preti, insegnanti, venditori, militari, poeti, pagano assai spesso il loro tributo alla trasgressione di quella irrevocabile legge fisiologica, che raccomanda un esercizio moderato, e reclama il riposo dopo il lavoro.

Condannate, per inverso, al mutismo l'uomo, quest'animale che ha una laringe modello, la quale figura da organo vocale e sfintere delle vie del respiro; che ha intime relazioni col tratto digerente, e lon-

tane ma innegabili, col sistema riproduttore, voi metterete capo egualmente ad un fatto patologico. Lo dicono quei chiostristi in cui l'eccessivo rigore fornisce il suo contingente alle paralisi vocali.

Un altro elemento etiologico interessantissimo, noi troviamo nella disposizione che i tessuti della laringe hanno ad ammalare per effetto di processi generali o di altre sedi.

La difterite, dalle fauci si trapianta volentieri nella laringe; il morbillo nel suo periodo prodromico, di stato e declinazione, suscita flogosi di carattere diversissimo; le pustole del vaiuolo, i noduli della morva, prediligono l'organo della voce; i tifi vi lasciano l'impronta dell'ulcera o della pericondrite. Ci ha un lupus laringeo ed una speciale localizzazione della elefantiasi dei Greci. La sifilide e la tubercolosi mostrano tale una predilezione, che esse sole bastano a popolare i dispensarii di malattie di gola. Se il sangue è intossicato da veleno difterico, da piombo od arsenico, potreste vedere in campo alcune forme di paralisi laringee.

Gli organi lontani, ammalati, trovano talora una eco nel sistema nervoso motorio della laringe—e così si ha l'agio di osservare l'afonia paralitica in certe donne isteriche, lo spasmo glottico o la paralisi in alcune affezioni cerebrali, la paralisi dei crico-aritenoidei postici e quindi la respirazione stridula, in seguito ad una pressione esercitata sui ricorrenti per aneurisma dell'aorta, tumori mediastinici, linfo adenomi peri-bronchiali, vasti essudati pericardici, pleurici ecc.

Or poichè non di rado il fenomeno dovuto alla pressione su questo importante ramo del laringeo inferiore è l'unico od il più saliente, voi vedete che l'infermo di aneurisma od altro tumore intra-toracico, si rivolge a preferenza allo specialista per le malattie della gola, e questi, certe volte è in più favorevoli condizioni per poter meglio del policlinico, portare la luce in diagnosi dubbie.

A questo pure io aveva in mente di tirarvi: poichè la malattie laringee sono *molte e frequenti*, è troppo giusto che si trattino in una branca a parte: ma questo studio non dev'essere il pane quotidiano degli specialisti soltanto: deve interessare bensì tutti coloro che si dicono seguaci d'Ippocrate. Ogni medico ha il dovere di saper maneggiare lo specchio laringeo: ogni medico ha il dovere di interrogarne con questo mezzo le lesioni materiali; ed il responso clinico non interessa solamente colui che si fa chiamare specialista, ma chiunque si adorna del nome di sanitario.

Sapere se un tisico ch'è rauco, abbia in laringe una ulcera, una semplice paralisi od una complicanza tubercolare, non è un puro lusso scientifico, ma un elemento pronostico, che in talune emergenze può divenir prezioso. Riconoscere nella laringe la prima e forse unica localizzazione di sifilide, è un compito che ogni medico deve

proporsi : spiegare talune disfonie con le paralisi degli abduttori e la mancanza d'isocronismo nella vibrazione delle corde, riferire queste paralisi ad una malattia cerebrale, ad una pressione sui ricorrenti o ritenerla un fatto puramente idiopatico, muscolare, è tale una diagnosi da fare onore al più esperto clinico, e così, senza più dilungarmi, il laringoscopio, come mezzo diagnostico, porta la sua pietra alla clinica e risolve intricate questioni, che diverrebbero false sol perchè basate sopra lesioni immaginarie. Di questa stessa argomentazione mi avvalgo per sostenere la proposizione reciproca : uno specialista dev'essere anzi tutto policlinico.

Voi siete abilissimo nell'arte laringoscopica ; malgrado ostacoli non pochi, siete sicuro di aver riconosciuto bravamente una ulcera profonda, estesa, col suo immancabile corteo dell'edema collaterale.

Formulate ora un po' la vostra diagnosi.

Cosa avrete detto quando ci avrete fatto sapere che ci è una ulcera ?

Ben poco, invero ! Gli infermi dopo avervi dimandato quel che soffrono, aggiungono subito : che cosa bisogna fare ? Come vi regolerete adunque pel trattamento se non vi sarete ben persuasi che quella ulcera non appartiene al cancro nè alla tubercolosi, ma è un infiltramento gommoso nella fase ulcerante ? Per arrivare sino alla diagnosi etiologica, che è quanto l'anatomica il principale dovere di uno specialista, bisogna che voi sappiate un po' ascoltare e percuotere, affine di eliminare qualsiasi affezione polmonare : bisogna che abbiate imparato come la sifilide induca adenopatie, dermopatie e lesioni caratteristiche : bisognerà ricordarsi che la infezione celtica non segue sempre un decorso regolare nelle sue manifestazioni, esordendo talfiata da quelle con le quali suole finire, e per affermare la malattia, non vale contentarsi di sapere che l'infermo si guadagnò sul pene una ulcera. In una parola, è indispensabile che abbiate studiato patologia e clinica, senza che, nelle interpretazioni, vaghereste in un campo incerto, ignorando il valore intimo ed il significato dei fatti. Se voi vi appagate soltanto di poter ripetere come una macchina automatica : ulcera — paralisi — tumore — dovette estendere la vostra cortesia sino a dimandare in prestito il cervello di un abile professore che metta in relazione la vostra risposta sibillina con tutti gli altri fatti, che suggeriranno l'anamnesi e l'esame generale del corpo.

L'indirizzo al quale vi chiamo, vi dice già ch'io son molto lontano dall'accordare, come ha fatto qualcuno, al colore, alla estensione, alla sede dei processi patologici, un significato assoluto. Io desidero invece che le laringopatie si studino non già nell'organo staccato dall'organismo, ma nelle sue numerose relazioni topografiche, fisiologiche, consensuali : che si studino con l'indirizzo na-



turalistico, carattere patognomonico della medicina moderna. Chi ha in mente di restar policlinico, non ha meno il dovere di conoscere le malattie laringee quali oggi sono, non già quali erano venti anni fa, rachitiche e contraffatte. Chi poi si propone divenire specialista, battendo sul chiodo si addestrerà nelle osservazioni e nella terapia locale delle malattie della laringe, intorno al quale subbietto permettete che aggiunga qualche altra cosa, nello intento di convalidare lo interesse che destano.

Questa terapia, o Signori, è tutta chirurgica, ond'è che la patologia esterna ereditò le laringopatie. A suo tempo vi dirò quando, e se bisogna tentare la cura locale: ora che la supponiamo bella ed accettata, sappiate pure che non vi ha processo operativo che non sia stato applicato alla laringe.

La chirurgia laringoscopica, nata nel secolo del progresso, confortata dagli aiuti delle più splendide applicazioni della fisica e della chimica, non poteva se non partecipare a questi vantaggi: non contenti di farvi arrivare i liquidi polverizzati, s'insufflano direttamente in cavità le polveri medicamentose; si praticano spennellature, si anestesizza la mucosa, s'incidono gli ascessi, si rompono le briglie, si asportano i tumori o si distruggono in sito, si applica la corrente faradica e la continua, si fa uso della elettrotermica. Il laringoscopia quindi ha questo di prezioso, che mentre *porta luce* *ove son tenebre*, è la guida più sicura per l'attuazione dei vari processi operativi. I quali si eseguono, quando all'esercizio è congiunta una pazienza a tutta prova, con una esattezza matematica; ed un valoroso operatore mai cauterizzerà oltre al punto voluto, mai asporterà un tessuto che non sia il patologico.

Era troppo logico che codesti risultamenti, i quali hanno del meraviglioso, scuotessero taluni al punto da far predominare l'invidia e menarli o alla miscredenza od alla critica di quello che non sapcano fare. Era troppo logico che il malinteso pudore di ritornare a scuola in quelli che ne erano usciti da un pezzo, si traducesse in un'arma micidiale che feriva senza riguardi di sorta. E sebbene io mi sia trovato in questa lotta, son lieto di esserne riuscito vincitore! E sarò anche più compensato delle fatiche spese, se voi, persuasi che lo studio delle malattie della laringe è fecondo ed utile, vorrete prediliggerlo al pari di me, e continuare il novello indirizzo che non è ultimo vanto della medicina moderna.

---

## II.

### Sulla importanza e sulle indicazioni della cura locale nelle malattie respiratorie.

#### LEZIONE.

#### SIGNORI,

Per rendere anco una volta il dovuto omaggio alla laringoscopia ed eccitare in voi un amore più grande allo studio di codesta branca, ho designato discorrervi nella presente conferenza di una questione assai pratica: la terapia locale delle malattie laringee e bronco-pulmonari. Vi dirò delle basi su cui si fonda, della sua utilità, dei mezzi onde la si attua, ma mi fermerò principalmente sulla opportunità di indicarla. Quest'ultimo fatto tocca assai dappresso e troppo vivamente la coscienza di un medico onesto, ed io voglio insistere sull'argomento, non già per istillare nell'animo vostro gli scrupoli esagerati di una professionale bacchettoneria, ma le norme più certe per scegliere la via che bisogna seguire.

Comincio perciò dal dirvi che la laringoscopia ha una certa superiorità sui varii processi endoscopici, in quanto che oltre al permettere che lo sguardo raggiunga la interna cavità della laringe e sorprenda la funzione ed il lavoro patologico di questo organo così come hanno luogo nell'organismo, mette in grado chi esercita l'arte salutare di portarvi direttamente la mano.

L'ottalmoscopio illuminando il fondo dell'occhio, ha porta occasione allo studio di nuovi processi ed alla esatta nozione di quelli che si presupponevano. Allargandone le applicazioni alle malattie cerebrali, esso ha rischiarato di nuova luce molte affezioni intracraniche; ma le coroiditi, le malattie della retina, tutte quelle in una parola del fondo dell'occhio, per la posizione profonda, si sottraggono ad un trattamento diretto, ed a stento permettono che il clinico concentri alla periferia dell'orbita le armi di cui può disporre. Attaccare di fronte il nemico, anche supposto che la vittoria contro il fatto locale valga la pena di una campagna, non è possibile, ed egli si accontenta di assediare la fortezza sperando di vederla arrendere.

L'uretroscopia e la metroscopia, processi ancora rudimentali, varranno certe fiate a rivelare malattie non sospettate dai sintomi fun-

zionali, ma quando si discende al trattamento locale, bisogna tenere per guida la nozione anatomica, e finora non si può guardare e medicare la parte sulla guida dell'endoscopio.

Non così per la laringe: la sua favorevole posizione, il suo ampio orifizio, hanno sfidato la baldanza degli operatori, ed oramai dalla più semplice medicatura alla più difficile operazione, tutto si fa con il laringoscopio alla mano.

La importanza delle funzioni, la squisita sensibilità della mucosa laringea, in apparenza hanno l'aria di due serii ostacoli allo accesso della mano chirurgica, ed io ho inteso a dire da uomini serii e rispettabili, che certe operazioni intra-laringee sembrano impossibili! Felicemente però, la pratica ha mostrato che tale non è il caso, e noi schivando il contatto inesperto o prematuro degl'istrumenti, mettendo a profitto certi dati fisiologici, penetriamo in cavità senza stenti e senza esitanza, e si taglia e cauterizza come sulle esterne regioni del corpo. La laringe è soggiogata, quest'organo indomito ha piegato il capo, cedendo alla destrezza di colui che opera. E quando una squisita sensibilità od il bisogno di una perfetta quiete occorrono ad operazioni che esigono massima precisione, si educa e si anestetizza la laringe, e così ogni ostacolo vien rimosso. Voglio alludere non solo ai varî processi proposti e messi in campo per diminuire la sensibilità, ma ai toccamenti con le sonde, toccamenti che il più delle volte riescono il migliore anestetico. Non v'ha giorno in cui non s'insuffli, a scopo curativo, nello interno della laringe una polvere medicamentosa, e questo mezzo semplicissimo che sino a pochi anni fa si sarebbe ritenuto un'audacia senza pari, o poteva sembrare un paradosso, basterebbe a provare quali servigi abbia reso alla terapia, la pratica del laringoscopio.

Ebbene, appunto perchè questo fertile campo sia uno dei nostri principali scopi, io quando tratterò la parte speciale, mi limiterò ad accennare le indicazioni curative, e del modo come attuarle vi parlerò in conferenze a parte, e vi educerò alla tecnica delle operazioni.

Ora invece ho una voglia matta di dirvi qualche cosa che può valere per tutte ed avrà certamente una parte grandissima nei successi della pratica — qualche cosa che voi firserete bene nella vostra memoria.

La terapia locale dei morbi laringei è stata criticata da taluni: se si tratta di affezioni sifilitiche, dicono essi (ed in verità *dicono*, perchè mai hanno avuto il coraggio di *scriverlo*), basterà la cura generale. Se la lesione è di carattere tubercolare, gli è per lo meno poco serio pensare ad un trattamento topico. E ristretta la laringe e si minaccia soffocazione? Non è forse sufficiente la tracheotomia? Col riposo dell'organo l'ulcera cicatrizzerà, le vegetazioni avvizziranno, la paralisi si dileguerà!



Prima i malignatori dicevano : non si può vedere la laringe : dopo che l'hanno vista vi ripetono con questo stereotipato ragionamento, che il laringoscopio ad altro non serve se non a far la diagnosi. Ma c'è in tutto questo più malizia che ignoranza, più invidia che buon senso ! Le cose nuove eccitano sulle prime il disprezzo, perchè è nell'unana natura il torcere il muso dinnanzi a quello che non si comprende.

Avrò io bisogno di dirvi, o Signori, che certe manifestazioni locali tuttochè ligate ad un dissesto costituzionale possono decorrere autonomamente, per giustificare appieno la cura locale delle lesioni sifilitiche della laringe ? Ho io bisogno di ricordare che la urgenza di certi fenomeni reclama una cura diretta e rimette a tempo migliore il trattamento generale ? Riguardo alla tubercolosi, ma credete voi che davvero ci si chiuda la bocca ? No, ve lo garentisco, non è affatto così.

Nelle varie forme della tubercolosi laringea, ci ha uno tra i sintomi che reclama la più grande attenzione, e questo è la disfagia. La scarsa alimentazione, in una malattia che ne richiede una eminentemente riparatrice, spinge talora a passi giganteschi nella tomba, ed in mezzo a sofferenze atroci, organismi che resisterebbero ancora alla inesorabilità di quel triste prodotto patologico. Noi abbiamo il dovere di risecare a centellini la vita degl'infermi, e l'obbligo santissimo di moderare il rigore di certi fenomeni che rendono la vita insopportabile. Questo, entro certi limiti, lo può la terapia locale, e quando la farmacologia nulla di meglio sa offrirci, gli è con tutta coscienza che vi accingerete a spalmare una tintura tebaica sulle parti della laringe devastate da una ulcera profonda.

Io passo di volo, nè mi fermo sulle altre indicazioni, la disinfettante ad esempio, la modificante o la stitica che pur troverebbero il loro posto nell'esempio prescelto : una sola ma culminante, basta già a provare che il *tentare*, è un *dovere* in date emergenze.

Le laringopatie d'altronde, non sono limitate alle sole affezioni sifilitiche e tubercolari : sebbene queste occupino, per frequenza, un posto distinto, non rappresentano che due soli capitoli di patologia laringoscopica. Vi rimane il gruppo estesissimo delle infiammazioni della mucosa e del pericondrio, con le loro varietà ed i loro esiti ; vi restano le nevrosi di senso e di moto ; la lunga serie dei neoplasmi ; le molteplici localizzazioni dei morbi acuti infettivi ; le forme parassitarie, e tanti e tanti processi che reclamano la cura locale, non già un neghittoso abbandono da parte di quelli che per coonestare la loro condotta credono di sputar sentenze, predicando in favore della risoluzione spontanea di alcune localizzazioni.

Ci sono laringo-stenosi acutissime, irreparabili od avanzate a tal punto che il laringoscopista per il primo indica senza ulteriori di-

scussioni, la tracheotomia: ma ve n'è un grandissimo numero in cui da una esatta diagnosi dipende una precisa indicazione curativa, e questa, molte volte, attuata per le vie naturali, sottrae gl'infermi ai pericoli ed alle conseguenze di una grave operazione.

La Chirurgia laringoscopica, che compendia processi di estrema precisione, eseguibili per le vie naturali, con poco chiasso e poco dolore, non cessa ancora dal ricolmare di meraviglia i più esperti chirurghi, ed io ho sentito battermi forte il cuore, quando da uomini eminenti, da vere illustrazioni della Chirurgia Italiana, ho ascoltato a favellarmi così: « ma come fate voi altri per operare tanto bene nella laringe? »

Questo significa che la laringoscopia sino a pochi anni fà tacciata di ciarlatanismo, o respinta come una utopia, comincia oggi a salire i primi gradini della gloria. Dopo il *Crucifige*, l'*Osanna!* Eppure ciò è ben naturale, permettete che lo dica francamente. La evidenza di fatti che a prima giunta sembrarono incomprensibili, ha finito per assicurarci la vittoria. Dacchè si poteva bene esplorare la laringe e la si trovava docile ed accessibile, le esitanze cessarono: in questo secolo civilizzatore, in cui la chimica e la fisica ci hanno schierato dinnanzi le loro più splendide applicazioni all'arte salutare, si portò nella laringe la corrente faradica e la continua, la elettrotermica, e chi sa che il tempo non vi aggiunga la elettrolisi. Incoraggiati dalla estrema tolleranza di quest'organo, tanto tempo temuto e negletto, dopo avere assicurata all'infermo la libera respirazione previa la tracheotomia, vi si lasciano a permanenza grossi cilindri di zinco affine di ristabilire la permeabilità dei canali. I polipi si tagliano al loro peduncolo, si schiacciano, si escidono, si circondano di anse, si abbruciano; le briglie cicatriziali si dividono; si limita la più energica causticazione, col nitrato acido di mercurio o l'acido cromico, ad un punto circoscritto; e l'anestesia locale, se pur richiesta da casi speciali, si consegue con mezzi che hanno del meraviglioso, sembrando strano, a prima giunta che quella mucosa possa con tanta pazienza e così poca reazione, tollerare il contatto del cloroformio, del ghiaccio, o di tossiche dosi di morfina. Meravigliosa Chirurgia che cammina regina per un vasto campo; meravigliosa davvero pel modo onde la si effettua.

Ricordatevi, in fatti, che la immagine laringea si ottiene sul laringoscopio, il quale è uno specchio piano che voi applicate nel fondo delle fauci affin di scoprire dall'alto in basso, la cavità della laringe. Nelle operazioni per le vie naturali, eseguite sulla guida dello specchio laringeo, massima abilità sarà richiesta per raggiungere il punto sul quale dovrete operare, senza toccare le altre parti, onde mettervi al sicuro dallo spasmo che stornerebbe le vostre intenzioni; massima abilità per raggiungere questo punto, tenendo ben presente

che esso risponde a quello simmetrico della immagine, ma è posto avanti lo specchio, ad una distanza eguale a quella che corre tra la superficie riflettente e la immagine riflessa. Donde la necessità di lunghi esercizi e di una pazienza a tutta prova. A chiunque assiste ad una operazione che si va a fare nello interno della laringe, sulla guida della specchio laringeo, molte difficoltà restano dissimulate, e sol quanao dovreste accingervi ad operar voi, guardando in un punto e dirigendo a quello simmetrico l'istrumento, oh! allora io vi garantisco che senza pratica e senza pazienza voi sareste mille volte tentati di buttar via il vostro laringoscopio e la vostra pinzetta.

Fin qui, o Signori, vi guiderà l'arte e la esatta nozione della immagine laringea: fin qui vi assisteranno la pratica ed un lungo esercizio, e voi, dopo aver tentate le locali applicazioni le più facili, a mano a mano che diverrete provetti, vi spingerete ad operazioni di maggior lena.

Però dall'inizio della vostra carriera vi si parerà dinnanzi una questione molto più seria ed imbarazzante, quella cioè del se, conviene o no, farla questa cura locale.

Codesto affare vi riguarda direttamente se volete essere un discreto medico ed è proprio il nodo della tesi che io voglio svolgere. Voi potete benissimo rimettere ad altri più esperti l'attuazione di una cura chirurgica; ma dopo aver saputo di che si tratta, vi corre l'obbligo di decidere se la cura locale vale la pena di entrare in campo. La risoluzione di questo problema, tiene nella pratica tutto il segreto del successo, e si applica tanto alla laringoscopia quanto ad ogni altra branca speciale. Se voi avete detto a Tizio: la cura diretta vi guarirà, e quella invece fallisce, credete che Tizio non ve ne vorrà? Quante volte non sentiamo noi ripetere dagl' infermi che il tale od il tal'altro medico gli disse di assoggettarsi ad un trattamento topico, e dopo tanti danari barattati (per regola vostra i clienti vi diranno sempre di essersi rovinati pei medici!) non avere ricavato nulla di nulla?

Peggio ancora se l'avrete consigliata e fatta voi stesso questa cura locale. Tizio senz'appello, ve ne vorrà due volte.

Estendete l'errore a Sempronio, Mevio, Cajo, voi avrete dato mano alla organizzazione di una setta che si farà un dovere di spargere ai quattro venti che la laringoscopia è una impostura, gli specialisti ciarlatani, i medici speculatori! Malauguratamente nessuno più del povero medico deve subirlo questo giudizio popolare, che non è sempre la voce di Dio, e nessuno quanto il medico, in fatto di vita o di morte, è responsabile delle più impreviste eventualità. — Io non celio, vi parlo anzi del miglior senno del mondo: stabilire le esatte indicazioni di una cura, è quanto vi e di più difficile in medicina, e di più compromettente per uno specialista, quando è egli



incaricato di menare avanti la cura locale. La responsabilità pesa allora intera sopra di lui, e guai se fallisce!; si comincerà dal ritenere sbagliata la diagnosi, falsato il pronostico, inopportuna la cura.

A prevenire tutto ciò, è necessario in prima di bene stabilire la diagnosi del fatto locale: assicurarsi ad esempio, che il difetto di movimento di una corda vocale è conseguenza di paralisi e non già di anchilosi dall'articolazione crico-aritenoidea; constatare che l'imperfetto ravvicinamento delle corde non è dovuto a mancanza di movimento ma ad impossibilità di congiungimento per vegetazioni dello spazio meso-aritenoideo. Un errore in questo senso, menerebbe a falsare la indicazione curativa, ed allora a torto si direbbe che la cura locale non era indicata, mentre invece non era indicato quel dato processo.

In secondo luogo, egli è indispensabile di ben valutare clinicamente la natura del guasto locale. Ci ha una ulcera: di qual carattere è? La siflide che la mantiene è in pieno stadio di eruzione, o no? Si tentarono cure generali? Ora, se da questo esame risulta che la ulcera ha un decorso autonomo, sarà bene giustificato il vostro intervento.

Ci ha, in terzo luogo, un altro criterio che voi metterete a profitto; voglio dire la urgenza dei fenomeni che bisogna combattere, soprattutto disfagia e dispnea, due sintomi, ciascuno dei quali isolatamente preso, basta a mettere in grave pericolo la vita dell'infermo, qualunque sia la causa da cui muova. E certe volte l'imbarazzo non è facile a superarsi, quando si tratta, a mò d'esempio, d'individui molto avanzati negli anni, ovvero di processi morbosi che non tendono ad una guarigione radicale. Quando voi avrete rassicurata la vostra coscienza, ben pesando nella bilancia, da una parte il sintoma e la diretta indicazione, dall'altra il processo etiologico od una qualsiasi speciale contro-indicazione, tirate innanzi sicuri. L'errore (se errore vi sarà) all'uomo onesto vien condonato sempre.

La lesione locale inoltre, potrebb'essere effetto non già di malattia costituzionale, ma di diffusione del processo che s'indova in tessuti limitrofi. Quanto non è facile osservare in un catarro dei bronchi che la laringe altresì prenda parte alla flogosi? Ebbene! anche colui che con tutta perizia laringoscopica avesse riconosciuto accanto al catarro bronchiale quello laringeo, dovrebbe persuadersi che la cura locale avverso la laringite, prima di veder guarire la bronchite, sarebbe un contro-senso. Questo passo falso vi dipingerebbe per un immorale agli occhi di giudici troppo severi, o per lo meno vi farebbe tacciare d'inesperienza, due accuse che pesano troppo sulla coscienza di chiunque sappia stimare sè medesimo.

Infine, per eliminare qualunque sorgente di errore, pria di accin-



gersi alla cura locale, fa mestieri attribuire un giusto significato alla lesione locale. Il vostro infermo può essere in preda alla infezione celtica e presentare nel contempo un'alterazione laringea. È questa di carattere sifilitico? Voi comprendete quanto ciò importi alla indicazione che andrete a prendere. Per rispondere ad una simile domanda, bisogna tenersi lontani dalle esagerazioni e dalle illusioni: bisogna bene apprezzare l'alterazione anatomica e sapere se in buona notomia patologica il processo svelato dallo specchio laringeo rientri nella categoria di quelli che la scienza ha detto appartenere alla sifilide. In altri termini, escludere od ammettere una complicità.

Mi accorgo che trattando una questione essenzialmente pratica io dò, mio malgrado, al discorso un tanfo di fervorino: la esperienza nondimeno, maestra di molte cose, insegna a tenere un linguaggio franco, ed io ho inteso regalarveli con tutta franchezza questi brevi ricordi.

La terapia locale, della quale ci occuperemo dettagliatamente in speciali conferenze, si estende, d'altronde, anche a quel tratto delle vie respiratorie (trachea, bronchi, polmoni), che non è più possibile raggiungere a mano armata,

Affronteremo a questo proposito lo scoglio della incredulità, giacchè non mancheremo di trovare compagni eretistici in grado squisito, che per nulla sbraitano o fan le spallucce.

Lasciamo da parte la climatologia, ancora rudimentale nei suoi studi; lasciamo le limitate applicazioni delle sostanze volatili per inalazioni, e che pur sono nelle mani dei meno esperti: abordiamo invece la respirazione dei liquidi polverizzati e l'aeroterapia, nei gabinetti pneumatici e con gli apparecchi trasportabili. Voi sentirete muovere a questi mezzi terapeutici mille obiezioni da quelli che più ne ignorano, ed udrete a ripetere che dell'aeroterapia se n'è fatta una panacea, una Revalenta! Onde, per scrupolo di coscienza, istintivamente vi trarreste indietro, per tema soltanto di spifferare una bestemmia. Eppure non è così; a suo tempo vedremo il posto giusto che spetta a questi agenti terapeutici, in talune emergenze preziosissimi. Mi piace ora, in tesi generale, affermare che a parte le esagerazioni, ci sono processi morbosi che traggono dalle inalazioni e dalla cura pneumatica, vantaggi *radicali* o *palliativi*, quali invano si erano attesi da tante e tante medele.

Le inalazioni medicamentose, la cura pneumatica, come la cura locale delle malattie laringee, reclamano nell'esercizio pratico una precisa indicazione; ed i relativi dati noi sapremo attingere da ben sicura fonte: cioè la esattezza della diagnosi in prima, ed il decorso della malattia, di poi.

Sarebbe in vero ridicolo curare con l'aria compressa la dispnea che è effetto naturale di un lieve catarro bronchiale diffuso ed afeb-

brile, catarro che il tempo e la igiene basterebbero a vincere. Sarebbe irrazionale, e la pratica dimostra ch'è dannosa l'applicazione dell'aria compressa alle bronco-stenosi dipendenti da pressione sui grossi canali aerei, per linfo-adenomi, aneurismi aortici, tumori del mediastino e via; ma sarebbe non meno immorale incaponirsi a curare un cronico ed ostinato catarro dei bronchi, la broncorrea, l'enfisema e molte forme asmatiche idiopatiche, con la lobelia, il pino marittimo, il bromuro di potassio e simili.

L'aria compressa nei gabinetti pneumatici, un'aria cioè assai più di quella che respiriamo nelle ordinarie condizioni ricca di ossigeno e di elevata pressione, ha un'azione fisiologica complessa sulla cute, la mucosa del tratto respiratorio, nonchè sulla circolazione degli organi interni. Da ciò scaturiscono diverse e molteplici indicazioni terapeutiche. Leggendo un libro di piccola mole, ma aureo pel suo contenuto, il discorso che il nostro insigne maestro, il Prof. Tommasi, fece a proposito della inaugurazione della camera pneumatica nello Stabilimento del Guariglia (a cui Napoli dev'esser grata per il segnalato dono), voi siete naturalmente tirati a riconoscere che le estese applicazioni alla clorosi, alla polisarcia, ai catarri di certe mucose, a talune affezioni pulmonari o cardiache, non sono che tante conseguenze logiche degli effetti fisiologici. Assoggettare un infermo di malattia cardiaca al trattamento pneumatico, non significa già pretendere che l'aria compressa o rarefatta rifaccia i pizzi valvolari o loro ridoni la primitiva elasticità, ma ristabilire la circolazione pulmonare o la grande, al che non bastava la compensazione cardiaca. I risultamenti che oggi si vantano contro l'asma, non possono tradursi in un'azione pronta, sicura e specifica, ma in una prezioso ritrovato che sovente porta la guarigione, invano sospirata con una infinita schiera di droghe.

Avreste per altro torto marcio di cacciare alla rinfusa nei gabinetti pneumatici i vostri infermi, senza aver prima convinto voi medesimi che la causa della clorosi, della polisarcia, del catarro o di altra affezione è suscettibile di cedere all'azione dell'aria compressa.

Io non so lasciare questo argomento senza aggiungere poche parole sulla durata della cura locale.

Ricordatevi da un canto che non basta aver raggiunti i primi buoni effetti per abbandonarla, e che dall'altro è mestieri essere molto riservati nel pronosticare il tempo necessario alla guarigione.

Riguardo al primo fatto, voi terrete presente che quei tessuti i quali furono ammalati, anche cessata l'alterazione che li travagliava, restano suscettibili e disposti alla recidiva: riguardo al secondo, non dimenticate che il modo vario onde questi stessi tessuti reagiscono agli agenti terapeutici, è assai differente. Ci va di mezzo la cronicità della lesione, la costituzione generale dell'organismo, la igiene

e l'ambiente nel quale si vive, e perfino quella che in patologia si chiama *idiosincrasia*.

Giudicate perciò senza prevenzione di sorta, e quando poi sarete inoltrati nell'esercizio, avrete agio di convincervi che questa conferenza generica avrà potuto servire a qualche cosa, e che io vi tenni il linguaggio della verità.

*Nota* — Con queste lezioni (pubblicate nel *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*) io inaugurai i corsi scolastici degli anni 1878-79 (la prima) e 1879-80 (la seconda). Però, in queste come nelle memorie seguenti, affine di riordinare le materie secondo la sede dei processi morbosì, non ho potuto sempre rispettare le date.

### III.

## Sulle Laringiti pseudo-membranose.

(Due Lezioni)

### LEZIONE PRIMA.

#### *Patologia e terapia delle laringiti pseudo-membranose.*

#### SIGNORI,

Ci ha un ordine di flogosi della mucosa laringea in cui il carattere anatomico culminante è costituito dalla presenza di un essudato fibrinoso che sotto forma di false membrane riveste la interna cavità; e quello clinico da una più o meno intensa laringo-stenosi. Queste forme si possono presentare sotto svariate cagioni; ecco perchè io dico *laringiti*, e vi aggiungo il qualificativo di *pseudo-membranose*, perchè meglio della voce *crup* ne precisa il concetto anatomico-patologico.

La parola *crup*, di origine Anglo-Scozzese, fu adoperata da Vatrik Blair per il primo nel 1713, e poi da Cooke, per denotare quella bianca pellicola che copre la lingua dei polli ammalati della così detta pipita (1). Epperò tutti gli autori si accordano nel dire che fu Home, il quale nel 1765 applicò e diffuse questo vocabolo, per accennare alla malattia in discorso, alludendo al carattere speciale della tosse, molto simile all'abbaiar di un cagnolino. Questo fatto ci mostra a chiare note come Home confondesse insieme le laringiti pseudo-membranose e la laringite stridula; poichè il carattere della tosse a cui il nostro autore accenna, appartiene quasi esclusivamente a quest'ultima forma. E come se ciò non bastasse, vennero in campo le distinzioni tra l'essudato cruppale ed il difterico a complicare sempre più l'argomento di nomenclatura: onde a voler mettere un po' di luce in tante tenebre, la stessa scuola tedesca ricorse a denominazioni anche più contraddittorie, quali: *crup laringeo semplice* e *crup laringeo-difterico*. A volersene stare alla eti-

---

(1) Secondo il Mackenzie *crup* è parola Scozzese che significa raucedine, ed in lingua Gallica contrazione.



mologia, il solo qualificativo *difterico* risponde bene al carattere della laringite di cui ci occupiamo; appunto perchè *Ἐνφθέρα* vuol dire *pelle, membrana*, e rivela così la condizione anatomica culminantissima del processo flogistico.

Sventuratamente però, il modo diverso d'intendere la difterite secondo le diverse scuole, e l'altro non meno divergente relativo ad etiologia, ci avvisano che il volersi ostinare a battezzare queste laringiti per difteriche, sarebbe cagione di maggiore imbroglio; preferite dunque con me, all'antico vocabolo di angina pseudo-membranosa ed a quello falsato di crup, l'altro più esatto e più generico di laringite pseudo-membranosa.

Prima di discutere l'argomento di etiologia, permettete che io accenni al concetto patogenico e mi dimandi se il crup sia la stessa cosa che la difterite. Voi sapete quanto controverso è un tal soggetto, ma non ignorate neppure che gli stessi autori i quali ne sostengono la differenza, ammettono che nel medesimo individuo ci siano punti di passaggio dell'una nell'altra forma.

Senza molto dilungarmi e perdere di vista la principale questione, io faccio tesoro dei bei studi del Bizzozzero e del Franco per dichiararmi strenuo propugnatore della identità.

Divido i miei criterii in *anatomici* e *clinici*, e cito fra i primi: 1° la coesistenza dell'essudato cruppale e del difterico, 2° la coesistenza del così detto crup laringeo e dell'angina difterica, 3° la tumefazione dei gangli nel crup come nella difterite, 4° la tumefazione dei follicoli del Peyer.

I caratteri clinici che militano in favore della identità del crup e della difterite sono i seguenti: 1° Il crup ancorchè primitivo è infettante. Lo Steiner lo nega, ma il Gerhardt lo afferma, e con lui tutta la scuola francese e la osservazione pratica giornaliera. Non è chi ignori come il Valleix ed il Blache morissero di difterite mentre curavano infermi di crup. 2° Il così detto crup primitivo può per contagio riprodurre la difterite delle fauci. Difatti i sopramenzionati medici contrassero la difterite curando infermi di crup. 3° Nella laringite cruppale ci ha febbre, la quale, risentitissima in principio, si mitiga presto e ricorda i caratteri della febbre dell'angina difterica. 4° Supposto che il crup duri a lungo o volga a guarigione, possono conseguirne talune forme di paralisi le quali sono proprio le stesse delle così dette difteriche (1).

Cosicchè io insieme alla scuola francese ritengo fermamente che

---

(1) Voglio accennare qui alla favorevole influenza che esercita la tracheotomia nell'arrestare la diffusione alla faringe, quando il processo esordì nella laringe, ed alla possibilità di false membrane nell'istmo delle fauci quando la laringe-stenosi non ammazza prontamente.

quello che nel linguaggio ordinario si chiama crup laringeo, sia niente altro che una localizzazione della difterite. Non posso negare che una laringite cotennosa possa svilupparsi sotto altre condizioni, per stimoli puramente locali, ma la forma clinica più comune, quella che tanto frequentemente riscontriamo in pratica, deve essere compresa nel modo che ho esposto.

*Etiologia.*— Bisogna innanzi tutto distinguere una laringite pseudo-membranosa primitiva, idiopatica, ed una secondaria o sintomatica. Il crup primitivo esiste per tutta la superficie terrestre; secondo Hirsch però la sua frequenza diminuisce a misura che dalle regioni più settentrionali si va ai tropi. Domina prevalentemente nei paesi umidi, ove succedono rapidi cambiamenti atmosferici, il quale fatto è convalidato da una osservazione di Crawford per cui il crup sarebbe diminuito di frequenza in quelle regioni della Scozia, ove furono prosciugate delle marenne. Lo si osserva più volentieri nella stagione invernale, quando dominano i venti nordici, ciò che però non toglie che lo si possa vedere anche in està (1), come una malaugurata esperienza ci ha insegnato.

In generale però si può dire che se ne osservano più casi da gennaio ad aprile e da ottobre a dicembre, che non da maggio a settembre. Colpisce più i soggetti deboli; più quelli dai 2 ai 7 anni. Io posseggo una osservazione in cui la laringite pseudo-membranosa si sviluppò in una bambina di soli 14 giorni, e non ricordo che qualche caso in persone adulte.

Tutti gli autori, Steiner, Bohn, Rühle in ispecie, si accordano nello stabilire che è a preferenza colpito il sesso maschile.

Secondo certi autori si potrebbe perfino parlare di una disposizione in alcune famiglie, ciò che a me pure sembra d'aver veduto in qualche circostanza.

La recidiva è la eccezione, e se qualcheduno parla di una ripetizione verificatasi molte volte, bisogna più volentieri credere ad un errore di diagnosi. La laringite pseudo-membranosa primitiva può essere sporadica, ma per lo più è epidemica, come provano numerose osservazioni.

La laringite pseudo-membranosa secondaria (crup secondario, sintomatico), è quella forma che si verifica nel corso di malattie acute infettive, malattie costituzionali generali, processi piroemici ed altre affezioni acute o croniche. Tra gli esantemi cito innanzi tutto il mor-

---

(1) Per rendersi conto di questa recrudescenza da me costantemente osservata nei mesi estivi in Napoli, bisogna ritenere assai esatta la osservazione del Mackenzie, il quale accorda ai germi morbigeni una grande resistenza, e la facoltà di riprodursi o riattivarsi dopo molto tempo, sotto speciali condizioni.

billo, nel quale la laringite in discorso si verifica più nello stadio tardivo che nel prodromico; poi la scarlattina, specialmente se complicata a difterite delle fauci, più a raro il vaiuolo. La si osserva inoltre nella tosse convulsiva, accanto all'epitelioma laringeo, nel corso del tifo, della pneumonite e del colera. Quelli autori che distinguono una forma cruppale ed una difterica, includono nel crup secondario quei casi che accompagnano le epidemie difteriche.

Gli agenti meccanici, comunque portati a contatto della mucosa, caustici, acidi minerali, vapori di cloro ecc., possono determinare una essudazione membraniforme sulla mucosa. Io stesso sono stato testimone di un fatto curioso ed interessantissimo. Avendo consigliato ad un mio paziente con cronica faringite ribelle a molti rimedii, una pennellazione con acido cromico molto allungato, per un errore nelle dosi da parte del farmacista, ebbi ad osservare una classica faringite cotennosa, che per altro guarì interamente senza lasciare nessuna lesione profonda della mucosa.

*Note anatomiche.* — Le lesioni anatomiche sono di grande interesse e variano secondo lo stadio, la diffusione e le complicitanze della malattia.

Nel primo periodo si riscontra una iperemia più o meno intensa, con tumefazione della mucosa e piccole ecchimosi. Sul cadavere la iperemia può mancare in vista della retrazione delle fibre elastiche.

Nel periodo della essudazione, sulla libera superficie della mucosa, si riscontra un essudato, ora addensato sotto forma fiocconosa, ora stratificato così da costituire vere false membrane. Le quali possono per spessore variare da un sottile foglio di carta sino a quello di 3-4 millimetri.

Hanno colorito bianco-giallo, grigio, sporco, brunastro o perfino nerastro, se vi si commisce un po' di sangue. Le pseudo-membrane sottili, aderiscono, ora lascamente alla mucosa, e si possono facilmente separare (come più volentieri succede negli adulti e nelle forme secondarie di laringiti pseudo-membranose); ovvero intimamente. Certe fiate sul cadavere non si trovano le membrane caratteristiche; ciò dipende o da fluidificazione dello essudato, oppure dalla sua espulsione prima della morte. La sede di predilezione è sulle corde vocali; onde la rima glottidea è ristretta od occlusa; poi vengono i legamenti tiro-aritenoidei superiori, la superficie interna della epiglottide e delle aritenoidi, mentre d'ordinario la loro superficie esterna rimane libera. Le false membrane, in seguito alla formazione di un essudato sieroso, si distaccano e vengono espulse sotto forma di brandelli, piccoli ed irregolari, ovvero sotto forma di pellicole che ricordano la disposizione delle parti da cui si sono distaccate. Segue poi la formazione di un secondo essudato, di un terzo e così via, fino a che succede la morte o la guarigione, nel qual caso le membra-

ne non si riproducono più e l'epitelio si ripristina. Chimicamente esse si avvicinano moltissimo alla fibrina, si sciolgono nelle sostanze alcaline, specialmente l'acqua di calce. Al microscopio si veggono risultare da fibrina amorfa o fibrillare, nella quale sono disposte numerose cellule giovani. Riguardo alla loro biologia regnano tuttora numerose controversie.

Secondo Wagner, non ci sarebbero limiti netti tra la difterite ed il crup: le membrane in principio costerebbero di una fitta rete di fibre sottili, negli spazi della quale esistono elementi simili ai corpuscoli purulenti. Questa rete dipenderebbe da una metamorfosi caratteristica delle cellule epiteliali, le quali ingrossano, poscia formano dei prolungamenti, ed infine per liquefazione di questi producono una rete che serve a trasportare le cellule neoformate. Tra la mucosa e la membrana neoformata esiste un sottile strato di liquido purulento, contenente epitelio cilindrico con o senza cigli vibratili, e globuli ematici.

Steudener invece considera queste membrane come un essudato dipendente da migrazione di molti leucociti dai vasi nella mucosa, e diretta formazione di fibrina dal plasma sanguigno trasudato.

Boldyrew pure appoggia la origine epiteliale delle pseudo-membrane.

Hallier, Jaden, Oertel, Klebs ed altri, ammettono per contrario la presenza di parassiti, tuttochè da molti autori e dallo stesso Steiner si rifletta che questi parassiti vegetali non rappresentano l'elemento essenziale della malattia, ma un reperto puramente accidentale; onde a ragione ultimamente Karsten ha fatto notare che i batterii, i vibriani, i micrococchi ecc., ritenuti come elementi trasportatori del contagio, e che si trovano in organi infermi od in cui la vita si è spenta, non sono altro che forme morbose di cellule simili ai prodotti patologici delle cellule purulenti e di detrito, le quali, come costa dalle più diligenti ricerche, si trovano in seno alle cellule animali e vegetali senza crescere però in mezzo a queste a mo' di parassiti.

Le false membrane possono variamente diffondersi sotto speciali condizioni, quali la età, la individualità, il carattere della epidemia, i rapporti climatologici ecc. Il fatto più costante è la diffusione dalle fauci alla laringe (*crup discendente*), senza negare che ci sian casi nei quali manca ogni traccia di essudato sulle fauci (*crup primitivo* o *d'emblée* dei francesi). L'essudato, nello stretto senso anatomico, ora piglia l'aspetto di quello veramente cruppale, ora difterico, ma oltrechè non è possibile stabilire in vita simili differenze, il significato di questa malattia non è mutato per tutto ciò. La trachea e l'albero bronchiale possono essere sede dell'affezione. La partecipazione di questo tratto è frequentissima in Germania, come si può vedere dalle statistiche di Steiner e Bohn. Invece Barthez e Rilliet dicono che la diffusione succede in un terzo degli infermi.



La diffusione può aver luogo nell'esofago e nello stomaco.

Il reperto anatomico nei polmoni non è sempre eguale, se ne toglie quelle lesioni che sono la necessaria conseguenza della laringo-stenosi.

Ordinariamente la iperemia è intensa e l'enfisema più o meno esteso, in vista della dilatazione della cassa toracica e lo straordinario sforzo dei muscoli inspiratori. Per la occlusione dei bronchi prodotta dalle false membrane, o la copiosa secrezione muco-purulenta, nonchè per la paralisi dei muscoli respiratorii, può conseguirne atelectasia. La pneumonite può essere lobare o lobulare. Steiner in 72 autopsie trovò 8 volte la seconda, 6 la prima; Peter in 3¼ dei casi; Rilliet e Barthez in 5¼. Le glandole bronchiali e pulmonari si presentano iperemiche ed iperplastiche.

Adesioni ed ecchimosi pleuriche sono state riscontrate.

Il cuore ipertrofico in qualche caso, più a raro degenerato in grasso. Rarissima, e contrariamente alla opinione di Bridges, la endocardite delle valvole atrio-ventricolari. Il tumore splenico acuto è stato trovato perfino in quei casi che gli autori caratterizzano come *crup* genuino; i reni, normali o flogosati; il fegato qualche volta grasso. Maier e Steiner hanno costantemente osservato una notevole tumefazione dei follicoli solitarii, specialmente dell'intestino tenue. Il cervello e le meningi per lo più congeste; qualche volta versamento sieroso nei ventricoli e più a raro edema cerebrale.

*Sintomi e decorso.* — Bisogna innanzi tutto separare la forma di laringite pseudo-membranosa primitiva dalla secondaria, e poi dividerne il decorso in tre stadii, cioè il catarrale, l'essudativo, il paralitico. Il primo stadio è detto pure prodromico, ma erroneamente, giacchè la iperemia che lo caratterizza non è un sintoma precursore, bensì la prima fase della malattia. Dopo un po' d'irrequietezza e di insonnia, accoppiate ad una sensazione di villichio nelle fauci nei bambini più grandicelli, ed a maggiore o minore tumefazione delle tonsille, si osservano più d'ordinario sopra di queste, delle macchie bianco-giallette, piccole, circoscritte. Esse in prosiegua possono estendersi e determinare la tumefazione delle glandole sotto-mascellari, ovvero possono completamente mancare. Ci ha febbre, voce velata, tosse stizzosa. Un tale stadio può durare da uno a quattro giorni; ma non bisogna dimenticare che in casi più rari la forma morbosa si sviluppa rapidamente e raggiunge in poco tempo la massima gravezza (*crup fulminante*), sicchè il bambino che era andato a letto sano in apparenza, si sveglia nel mezzo della notte in preda alla laringo-stenosi. Essa caratterizza il secondo stadio, nel quale la raucedine aumenta e si fa costante; la tosse diviene sempre più rauca fino a diventare tanto afona che si veggono, ma non si odono tossire i poveri infermi. La respirazione aumenta fino a 28-32 atti al

minuto ; è laboriosa ; tutti i muscoli ausiliarii sono in azione , la colonna vertebrale è distesa , il capo arrovesciato indietro , onde compressa la laringe dai muscoli larghi della regione del collo, viene ad aumentarsi il suo diametro trasverso. Aumentando la stenosi, le inspirazioni diventano sempre più laboriose, i bambini respirano a bocca aperta, le pinne nasali si sollevano e si abbassano rumorosamente, le narici sono dilatate, l'omoplata e le costole superiori sono fortemente elevate, la laringe in ogni inspirazione risale fortemente, e l'appendice xifoide insieme alle cartilagini delle costole inferiori sono tanto attratte in dentro, da dare origine ad un profondo solco tra il torace e l'addome.

Ciò malgrado poca aria penetra nelle vie del respiro ; le inspirazioni diventano più lunghe e più rumorose , cosicchè ne nasce un rumore sibilante o russante, il quale è caratteristico di ogni stenosi laringea. Nei casi più gravi ed in un periodo ulteriore, la espirazione diviene anch'essa rumorosa.

Questa dispnea costante è di tratto in tratto aumentata dai così detti accessi di soffocazione ; pei quali i bambini in preda all'angoscia si seggono in mezzo al letto, tendono le braccia verso chi li assiste, si afferrano al collo, balzano di letto, si rotolano nello stesso ed istintivamente portano le mani nella regione laringea, quasi per allontanare l'ostacolo alla respirazione. I tratti della fisionomia esprimono l'ambascia, gli occhi sporgono, le vene frontali sono tumide, i muscoli respiratorii in grande attività. Cosiffatti accessi durano da alcuni minuti ad un quarto d'ora, e terminano in modo che i piccoli infermi, spossati, cadono in un breve sonno.

Voi non crederete o Signori, come la dispnea che a bella prima sembrerebbe perfettamente spiegata dall'ostacolo materiale per le false membrane, abbia invece sollevato le più complicate interpretazioni. Per vero, Schlautmann e Niemeyer vogliono vedervi associata la paralisi dei muscoli laringei per edema collaterale; paralisi, che nei bambini, per le minime dimensioni del glottide come vi dissi a proposito delle differenze che la laringe presenta secondo le età, sarebbe di significato molto più serio di quanto possa a prima giunta pensarsi. Anzi il Niemeyer spinge tant'oltre la sua teoria, da farci sapere che quando è rumorosa la sola inspirazione, la dispnea debba mettersi a conto della paralisi dei dilatatori, e quando invece lo sono i due atti, bisogna pensare alla presenza di false membrane.

Rudnichy, invece, crede ad un dissesto di coordinazione dei movimenti respiratorii per irritazione del laringeo superiore e del ricorrente.

Bretonneau, Gerhardt ed altri, riferiscono gli accessi dispnoici alla presenza di secreto catarrale dei bronchi, denso ed attaccaticcio, ed infine altri ancora vogliono ammettere uno spasmo glottico.

Io dico che tutte queste teorie sono eccellenti, e ripeto con lo Steiner che l'unico torto sta nello abbracciarle esclusivamente.

In questa forma morbosa si verificano appunto tutte le citate condizioni; e perfino la paralisi dei dilatatori sarebbe conciliabile con lo spasmo, quante volte si rifletta che si tratta di gruppi muscolari distinti. Tranne che, da quello che sentirete dello esame laringoscopico, io ho dritto a sospettare che il difetto di abduzione delle corde possa esser dovuto a coalescenza dei loro margini per un essudato fibrinoso in cui è sviluppata la proprietà agglutinativa (1). Aggiungo però che la lentezza della respirazione, la quale si verifica del resto in tutte le gravi laringo-stenosi, non può essere spiegata dalla irritazione del laringeo superiore, perchè dopo la tracheotomia il fenomeno cessa. Notate, finalmente, che la stenosi e quindi la dispnea, son sempre minori quando si tratta di adulti e nelle forme secondarie, sì perchè le dimensioni della laringe sono più ampie, che per la maggior separabilità e la minore consistenza delle membrane neoformate; per lo chè voi facilmente intendete come la scena morbosa ed il pronostico siano meno gravi in simili congiunture.

Le alterazioni che succedono nel timbro della voce e della tosse si debbono spiegare per alterata vibrazione delle corde vocali, tanto per ispessimento ed imperfetto ravvicinamento delle stesse, quanto per la presenza dello essudato.

Nei casi non molto gravi, cioè in quelli in cui il decorso è più lungo, bisogna tener presente, in questo secondo stadio, una remissione dei sintomi, per cui respiro, voce, tosse, migliorano e farebbero credere ad un medico poco esperto di aver raggiunta la guarigione. Questa euforia non è che passeggera, e coincide con la espulsione delle false membrane o con la immissione di qualche brano delle stesse al di sotto dello spazio glottideo. Invece, nei casi fulminanti, ogni remissione manca e bastano 24-36 ore per rendere cadavere il piccolo infermo. Che se le cose, come troppo eccezionalmente succede, volgono davvero in bene, gli accessi di soffocazione si fanno più rari e miti, le remissioni più lunghe, e corrispondentemente migliorano i fatti generali, manifestandosi spiccata tendenza ai sudori. L'esito più ordinario è il passaggio nel terzo stadio, il così detto asfittico: nel quale ai sintomi di stenosi laringea si aggiungono quelli della intossicazione carbonica. Il volto da rosso si fa pallido e poi cianotico, perchè in ogni inspirazione si ha tendenza al vuoto, ed il cuore, in fine, indebolito, si vuota male. Gli

---

(1) Queste lezioni io dettai nel 1877, e vado debitore alla cortesia del mio egregio amico ed Assistente, il Dottor Pietro MASUCCI che volle raccogliercle. Ma posteriormente (v. la memoria seguente) io ho emessa altra teoria sulla laringo-stenosi nel crup.



occhi restano semi-aperti e perdono la loro lucentezza; compare il coma, anestesia ed analgesia della cute. Il polso si fa piccolo e frequente, le vene cutanee della periferia sono iniettate, gli estremi freddi, succedono convulsioni o contratture delle estremità; la morte, se non ebbe luogo per soffocazione, succede in mezzo ai sintomi di grave prostrazione. I fenomeni cerebrali, messi per lungo tempo a conto del sovraccarico di sangue nel cervello e nelle meningi, furono invece più giustamente spiegati dal Niemeyer per difetto d'irrorazione, giacchè per l'ostacolata penetrazione di aria, in ogni profonda inspirazione, aumenta la forza aspiratrice del pulmone, ed il sangue dalle vene esterne è attirato in quelle dello interno del torace, come è possibile controllare con l'autopsia.

Relativamente alla temperatura, il numero delle osservazioni è ancora troppo scarso, e mentre ci ha casi in cui in tutto il decorso non si oltrepassano i 38, 5° C., in altri si va anche al di là dei 40°. Ciò malgrado, dietro personali esperienze, io porto opinione che in principio la temperatura è alta abbastanza, ed in prosieguo resta moderata, ammenochè non subentri tracheite diffusa o polmonite, per cui la colonna termometrica raggiunge novellamente una cifra considerevole. Anzi questo fatto merita esser tenuto presente, perchè può accreditare la diagnosi di queste complicate, le quali sfuggono certe volte ai più diligenti osservatori in vista della stenosi delle vie superiori del respiro, che ostacola la origine di quei suoni che noi riteniamo caratteristici della bronchite e della polmonite. Il polso da 120-130 arriva a 140 o 180 nel periodo asfittico.

È mestieri, o Signori, ricordare che ci ha un altro ordine di sintomi i quali non sono costanti nella malattia in discorso: voglio dire la tumefazione dei ganglii sotto-mascellari e laterali del collo; l'albuminuria; la diarrea; il vomito. Quest'ultimo può verificarsi anche senza complicità gastrica, perocchè una simile localizzazione, sebbene a raro, è stata pure osservata. Infine citerò la gastro-enterite coleriforme. Nè dimentico di enumerare la paralisi del vago nel terzo stadio, per cui non si arriva più a raggiungere, coi più energici mezzi, la emesi, e questa ricompare dopo la tracheotomia.

Nei bambini più grandicelli voi potete constatare che con la flogosi membranosa coincide un dolor cupo e profondo nella regione laringea.

Il reperto laringoscopico è tanto più prezioso, in quanto che stante la predilezione della malattia per la tenera età, le osservazioni sono assai scarse. Nondimeno lo Steiner registra splendidi casi occorsi al Münch, allo Ziemssen, a Jaksch, Türck, Semeleder, Lewin, Tobold ed a lui stesso. Tutti questi autori constatarono concordemente: vivace iniezione della mucosa; sui ligamenti ari-epiglottici e le vere corde vocali uno strato membranoso; rima glottidea ristretta per que-



sto e per aderenza dei bordi delle corde, soprattutto anteriormente. Se l'essudato è espulso, le corde appaiono molto tumide. L'essudato aderisce fortemente alle stesse. In una parola il fatto culminante, oltre alle false membrane, è la immobilità delle corde, che potrebbe ripetersi dalla paralisi dei crico-aritenoidei postici, o come io vi dissi, da coalizione dei loro margini.

Le false membrane, e voi lo sapete, possono trovarsi inoltre sulle fauci, la mucosa tracheale e bronchiale (*tracheo-bronchite cruppale*), diffusione che può succedere precocemente o con ritardo, perfino qualche giorno dopo la tracheotomia. È assai difficile rimuoverla, come già accennai; ed oltre all'aumento termometrico, il carattere più sicuro è la espulsione di false membrane che riproducono la forma dei canali in cui si formarono. Notate però che un'altra complicità, se dura a lungo la stenosi, potete averla nel catarro bronchiale semplice. Egualmente difficile a riconoscersi è la concomitante pneumonite, sia lobare, sia lobulare, nè ci è a fidare sul tono di percussione ottusa che potreste ricavare in caso di esteso infiltrato, giacchè Peter e Steiner furon tratti in errore, e ci fanno sapere che questo sintoma acquista valore solo nel caso che perduri dopo la tracheotomia, essendo possibile riscontrarlo senza la pneumonite e per sola ragione della stenosi delle vie superiori. Dite lo stesso dell'atelectasia, dell'apoplessia polmonare e della gangrena, la quale ultima soltanto può esser riconoscibile al fetore dell'alito.

I sintomi di laringite pseudo-membranosa secondaria non differiscono da quelli della primitiva, se ne toglie l'addizione di altri che spettano alla malattia causale. Ripeto però che, come regola in quest'ultimo caso, l'essudato è meno tenace, meno esteso, e perciò tutti i relativi fenomeni meno conquassanti; nè trascurate di tener conto dell'età del soggetto, perocchè taluni pretendono che le false membrane aderiscano tanto più tenacemente, quanto più sono di vecchiaia data, e nello adulto oltre alle ampie dimensioni del glottide, la forza espiratrice è tanto valida da impedire il lungo soggiorno dell'essudato in cavità.

Voi sapete che quella forma di laringite pseudo-membranosa che si verifica in seguito a presenza di false membrane sulle fauci, si è detta *crup discendente*: io, senza sapere che lo Steiner l'ammetteva, proposi di chiamare *crup ascendente* l'altra forma consecutiva alla formazione di false membrane nel tratto sottostante alla laringe, e debbo aggiungere che insieme a me la constatarono anche altri, cioè Jurine, Nonet, Salomon ecc.

Il *corso* della laringite che ci occupa è acuto, ed a proposito dei varii stadii ne ho precisata la durata: aggiungo però che mentre la media, tutto sommato ed astrazion fatta dai casi fulminanti, è di 3-6 giorni, non mancano osservazioni in cui la malattia durò 3, 4

ed anche più settimane, nella quale circostanza l'è appunto il secondo stadio quello che assorbe il maggior tempo. Oltre al carattere della malattia, è troppo vero però che il corso è abbreviato dalla tenera età del soggetto.

Gli esiti sono due: la guarigione o la morte. La prima, eccezionale senza la tracheotomia, difficile abbastanza anche dietro questa, può lasciare in eredità dissesti vocali o respiratorii, quasi sempre in seguito a paralisi dei muscoli adduttori od abduttori.

La morte succede nei soggetti non operati, per paralisi generale, dovuta alla narcosi carbonica, o per soffocazione se s'interpongano tra le labbra glottiche pezzi di false membrane. Infine, tutte le complicanze del tratto respiratorio, le emorragie per l'atto operativo, l'uroemia, l'infezione difterica, possono essere tante cause di decesso, e secondo Jaccoud anche una eccitazione centripeta del bulbo che arresti subitaneamente la respirazione.

*Diagnosi.* — La diagnosi può offrire in talune circostanze delle difficoltà. Negli adulti potrebbe confondersi la laringite pseudo-membranosa con tutti gli altri processi che inducono laringo-stenosi; se non che l'esame laringoscopico toglie ogni dubbio, quando non bastassero i criterii di origine e decorso, la presenza della febbre e delle chiazze biancastre sulle fauci.

Nei bambini la si potrebbe equivocare con la laringite stridula, lo spasmo glottico, l'ascesso retro-faringeo. Benchè io mi sia altrove occupato della diagnosi differenziale tra il falso ed il vero crup, vi ripeterò ora che se questo errore è possibile nei primi giorni, non lo è più nel decorso ulteriore. Difatti nella laringite stridula la voce e la tosse non sono così fioche nè mai così completamente estinte come nella laringite pseudo-membranosa; e mentre in questa, a misura che il tempo passa, si aggravano la voce ed il respiro, nell'altra migliorano e persistono per un tempo molto più lungo. Vale inoltre la ispezione delle fauci e la nozione della epidemia dominante, ma io insisto per dichiarare che nel principio della malattia le due forme si rassomigliano tanto che il più prudente consiglio è quello di mantenersi in una giusta riserva.

Lo spasmo glottico si attua più volentieri nei bambini di più tenera età, cioè dai due mesi al di sotto dei due anni; manca la febbre e gli accessi dispnoici sono alternati da lunghi intervalli di completa euforia.

L'ascesso retro-faringeo, quando è idiopatico, si verifica a preferenza nei poppanti, nei quali il crup è raro; quando è sintomatico, ha molto valore la ispezione della colonna cervicale e quella delle fauci, senza dire che il corso non è mai tanto tumultuario.

*Pronostico.* — La prognosi è sempre assai grave, perchè nel modo come noi intendiamo la malattia ci ha un doppio pericolo, quello

che dipende dalla infezione e l'altro dalla laringo-stenosi. Oltre che le statistiche sono assai sconcertanti, io dichiaro formalmente che bisogna accettare con grandissima riserva quelle che parlano in favore di certi metodi curativi. La prognosi nondimeno oscilla per taluni dati: così la forma epidemica è la più grave; la complicata più seria della semplice; quella negli adulti meno grave che nei bambini; quella a periodo inoltrato più grave che non in principio. Un altro elemento che tiene gran parte nella prognosi è la tracheotomia. I casi di guarigione, senza ricorrere a questo mezzo, si possono riferire come mere eccezioni; invece quelli che si ottengono in seguito alla summentovata operazione, sono meno rari, e tuttoché i dati statistici variassero secondo certune influenze epidemiche, è fuori dubbio che essi sono migliori di quelli che si possono altrimenti ottenere. In Francia, dal 1820 al 1840, cioè prima di ricorrere alla tracheotomia, si aveva negli ospedali la proporzione di 14 guarigioni su 100 casi. Dal 1849 al 1858, dopo che fu introdotta la tracheotomia, si raggiunse una guarigione sopra 3-4 casi, e questa stessa proporzione si mantenne fino al 1861. Notate però che bisogna tener conto della scarsezza dei casi in principio, essendo il crup molto aumentato di frequenza in questi ultimi anni, e del genio epidemico che ha reso più sconcertante la statistica.

Malgrado tutto questo, le seguenti cifre varranno a convincervi, con la loro altezza, che i migliori risultamenti nella cura della laringite pseudo-membranosa non si raggiungono se non con la tracheotomia. Questa nell'ospedale S. Eugenia di Parigi è stata praticata 136 volte nel 1870, 185 nel 1872, 213 nel 1873, 162 nel 1874, e 191 nel 1875.

*Cura.* — Proflassi. La migliore consiste nell'abituare i bambini alle abluzioni fredde del collo e del petto, nei gargarismi con acqua fredda e nel non farli molto temere l'aria libera tenendoli sempre chiusi. D'altro canto si cercherà sottrarli alle vicissitudini atmosferiche quando spirano i venti nordici: allontanarli dai siti ove domina la malattia, ispezionare le fauci.

Con tutto questo mi corre l'obbligo di dirvi che voi non potrete arrestare lo sviluppo della malattia, ed anche meno fidare nella causticazione delle fauci, quando compare sulle stesse qualche traccia di essudato membraniforme.

Sviluppata la laringite, vi consiglio di non perdere molto tempo con l'apprestazione del calomelano, del solfuro e del bromuro di potassio, del copaive, del cubebe e di tanti altri farmaci tentati a ripresa e vantati al cielo da clinici poco accorti; ma fermarvi sulle indicazioni più razionali, le sole a cui bisogna ispirarsi nello stato attuale della scienza. Nel primo periodo hanno massima indicazione gli antiflogistici: non già le sanguisughe ed i vescicanti, ma il freddo



locale sotto forma di cataplasmi di ghiaccio, mantenuti senza interruzione nella regione del collo. Questo mezzo poco sperimentato presso di noi, meriterebbe maggior fiducia, vincendo ogni pregiudizio.

Nel periodo essudativo, bisogna proporsi lo sgombero delle false membrane, e tanto potrete tentare o coi mezzi che le sciolgono, attaccandone la chimica composizione, o con quelli che ne procurano il distacco meccanico. Tra i primi si annoverano l'acqua di calce, l'acido lattico, il bromo. I due primi sotto forma di liquidi nebulizzati con gl' idroconii. Questo metodo è anche attuabile nei giovani soggetti, sia obbligandoli a respirare mantenendo loro ad arte la bocca aperta, sia rinchiodendo tra cortine l'apparecchio ed il letto, saturando così l'aria di atomi del medicinale. Il bromo, perchè volatile, si usa per inalazioni: si sciolgono 30 centigrammi di bromo puro ed altrettanti di bromuro di potassio in 100 grammi di acqua distillata, se ne imbeve una piccola spugna che, piazzata in un cono di carta resistente, si avvicina alla bocca ed alle nari del paziente. Queste inalazioni debbono ripetersi spessissimo e dovrebbero oramai raggiungere presso di noi lo stesso credito che hanno all'estero, soprattutto in Germania.

Il distacco e la espulsione delle false membrane può tentarsi in due modi, o mercè gli emetici, o mercè taluni agenti meccanici. Gli emetici furono e sono sempre in onore; ci è chi vanta l'uno, e chi l'altro, formandone all'occasione un metodo proprio. La ipecacuana è dalla maggior parte preferita sotto forma di carico infuso, amministrato a cucchiarini da caffè e ad intervalli ravvicinati fino alla emesi. È il più sicuro tra i farmaci della classe, ma non sempre costante nei voluti effetti in vista della paralisi del vago.

Perciò da taluni (Rilliet, Barthez, Bouchut, Rühle) si preferisce il tartaro stibiato (10 centigrammi in 80 grammi di emulsione gommosa), ovvero come Steiner preferisce, congiunto all'ipecacuana (Radice d'ipecac. polv. centigrammi 80, Tart. em. centigrammi 7, Zucchero bianco grammi 2 — F. cart. sei, una ogni dieci minuti). — Il solfato di rame (40-60-80 centigrammi in 80 grammi di acqua distillata) fu adoperato da Hoffmann per il primo, e poi da Hufeland, Zimmermann, Trousseau, Niemeyer ecc. La indicazione di questi rimedii merita però un esame accurato, giacchè condizione essenziale al loro buon successo è che le false membrane aderiscano poco alla mucosa. Il vomito potrebbe anche raggiungersi vellicando le fauci, ovvero stimolando la faringe col tener sospesa nell'interno delle fauci per brevi istanti una spugna imbevuta in una soluzione ammoniacale; processo che io non saprei raccomandarvi in pratica.

Dell'apomorfina (a cui si attribuisce eziandio la virtù emetica) non posso dirvi cosa, non avendola ancora, nè io nè altri, sperimentata.

Il distacco delle false membrane può esser tentato o introducendo



anche alla cieca nella laringe pennelli o portaspugne imbevuti in liquidi medicamentosi, ovvero mercè il cateterismo laringeo. Il primo processo è meglio attuabile negli adulti, e credo che abbia più un effetto meccanico che medicamentoso; il cateterismo laringeo difficile e pericoloso, mezzo palliativo, finisce, anche riuscendo bene, per abbattere tanto gl'infermi che Huttenbrenner stesso lo scarta (1).

Benchè la scienza registri casi di guarigione con uno od un altro dei metodi su esposti, questi come vi ripetetti, non rappresentano che le eccezioni: col triste genio epidemico dominante, invano sperereste salvarne il 1-4 per 100, ed io vi prego a ritenere che la laringite pseudo-membranosa, nella tenera età, ammazza tanti quanti colpisce. Il solo mezzo nel quale si può rimettere un po'di fede è la tracheotomia.

A voi, o Signori, che sarete nell'esercizio della pratica più liberi nella scelta, è affidato l'alto compito di accreditare una operazione che diventa meno difficile soltanto dopo lunghissimo esercizio. Le infinite discussioni sulla opportunità della tracheotomia, cadono per noi innanzi al concetto patogenico della laringite pseudo-membranosa. La infezione esiste sempre, bisognerà però che vi assicuriate non essere molto progredita; che la ispezione delle fauci non vi riveli estese false membrane di cattivissimo aspetto e non abbiate a sospettare la tracheo-bronchite crupiale. E poichè ho già detto che invano aspettereste altrimenti la guarigione, e la osservazione spregiudicata ha messo in evidenza che la tracheotomia praticata per tempo previene la diffusione nelle vie inferiori del tratto respiratorio, a me basterà dirvi: *operate presto*.

Questo canone clinico di grandissima importanza, comprende in se la sicurezza della diagnosi; e poichè gli è nel secondo periodo che ogni dubbio è dissipato, così resta da per se dimostrato che questo è il tempo più opportuno; tanto più che l'operare nel periodo asfittico aumenta le difficoltà per la pienezza delle vene, e diminuisce le probabilità di successo, per le condizioni crasiche e nervose.

La cura sintomatica vuole esser diretta specialmente contro gli accessi di soffocazione. Provvedete perciò ad una sufficiente aerazione della camera ed alla rivulsione, soprattutto con la spugna calda ripetutamente passata nella regione pre-laringea. Non dimenticate infine di mantenere le forze dello infermo con un opportuno trattamento interno tonico-eccitante.

---

(1) Recentemente la introduzione di tubi in trachea comincia ad aver favore. Macwen, Bruera ed altri ne parlano con entusiasmo: io manco assolutamente di esperienze proprie.

LEZIONE SECONDA.

*I varii processi di tracheotomia con particolare riguardo  
alla tracheotomia nel crup.*

SIGNORI.

Non basta avervi detto che la tracheotomia è il più efficace rimedio contro la laringite pseudo-membranosa; è mestieri che noi studiassimo bene il modo onde condurla ed in particolar guisa rivolgessimo la nostra attenzione a tutte quelle cure consecutive indispensabili a mantenerne i buoni effetti. E poichè voi mi avete spesso udito a commendare questa operazione in tutte le contingenze in cui il trattamento laringoscopico o non era possibile, o non poteva scongiurare immediatamente i pericoli della soffocazione, permettetemi che a questo proposito v'intrattenga sui varii processi adottati, senza perdere di vista il principale obiettivo.

*Storia.* — Sino a non molto fa col nome di *bruncotomia* si designava qualunque apertura artificiale del canale respiratorio nella regione del collo; ai giorni nostri noi diciamo meglio laringotomia, tracheotomia, laringo-tracheotomia, secondo che l'operazione si pratica sulla laringe, la trachea o sopra entrambe.

La tracheotomia è operazione nota agli antichi. Ippocrate, Asclepiade di Bitinia, a quanto ne dice Galeno, consigliava l'uno e l'altro praticava 100 anni avanti G. C. l'introduzione di una cannula per le vie naturali. Antillo e Paolo da Egina accennano all'operazione fatta come punto di elezione verso il 3° e 4° anello tracheale. In Celio Aureliano però, in Areteo e Celso, si ebbero strenui contraddittori, e poco incontro ebbe la tracheotomia presso gli Arabi.

Non fu, o Signori, prima del 1546, che un italiano, Brassavole, riferì con successo la prima operazione: e poi lo seguì nel 1585 un professore all'università di Padova, Sanctorius, con un trequarti portacannula. Fabrizio d'Acquapendente e Casserio sebbene non avessero mai operato, combattettero molti pregiudizii.

Nel 1620 Habicot pubblicò i casi di guarigione col processo di Casserio, e dal 1646 al 1675 si pronunziarono favorevolmente Moreau, il nostro Marco Aurelio Severino e Sculteto.

Senza tesservi più minutamente la storia degli sforzi fatti per accreditare la operazione in discorso, io vi dirò che notizie scarse e rare si trovano negli autori più moderni, sino a che il Louis in-

nanzi all'Accademia Reale di Chirurgia riuscì a farla accettare in maniera generale e la praticò egli stesso più volte.

Non ci volle però meno per accreditare la tracheotomia nella laringite pseudo-membranosa, e pare che ad Home spetti il vanto di averla per il primo proposta. Fino al 1776 si seguirono i precetti di Fabrizio d'Acquapendente, ma poi sul nuovo processo (incisione tra la cricoide e la tiroide) preconizzato dal Vicq d'Azyr, si fondarono le modifiche che Desault, Boyer, Malgaigne, Vidal de Cassis e più recentemente Saint-Gemain e Krishaber apportarono. Però al Bretonneau ed al Trousseau va la scienza debitrice se la tracheotomia nel crup rimase perfettamente accettata.

Naturalmente i dati statistici subirono molte oscillazioni, ma qualunque queste fossero, quelli rimasero come prova evidente della superiorità di ogni altro processo. Cosicchè ora se la tracheotomia nel crup vien praticata abbastanza spesso in Inghilterra ed in Germania, nell'America del Nord ed in Francia è in massimo favore.

Faccio voti, o Signori, perchè questa nostra Italia che pur diede così fecondo tributo alla pratica della tracheotomia, finisca per fare piena adesione alle vedute oltramontane. E basta scorrere le belle monografie del Moizard e del Boissier, per convincersi che ogni discussione dovrebbe dirsi finita, accettando perfettamente la tracheotomia nel crup.

*Topografia.* — Credo utile ricordare, prima dei varii processi operativi più in voga, qualche cosa dall'anatomia chirurgica della regione laringo-tracheale. Questa si può dire rappresentata da un triangolo isoscele, limitato in alto dall'osso joide; in giù dalla forchetta dello sterno; lateralmente dal bordo anteriore degli sterno-mastoidi; posteriormente dalla colonna vertebrale ed i muscoli pre-vertebrali.

Nella faccia anteriore o superficiale di detta regione, si osservano delle sporgenze e delle depressioni, talune delle quali variano per ragione di età e di stato delle parti molli sovrastanti; altre costituiscono invariabilmente dei termini fissi, utili a riconoscersi per procedere alla operazione.

Più adulto è l'individuo, meglio si rileveranno questi dati. Essi sono, procedendo dall'alto in basso: 1° La depressione che corrisponde alle membrana tiro-joidea, sotto l'osso joide, ed a cui fa seguito la sporgenza del così detto pomo di Adamo. 2° La membrana crico-tiroidea nello spazio di egual nome, rilevabile al tatto. 3° La sporgenza della parte media dell'arco cricoideo. 4° La fossetta sopra-sternale.

Gli strati che bisogna attraversare in questa regione, pria di giungere alla trachea, sono: 1° La pelle, che è sottile, cedevole, mobilissima. 2° Il cellulare sotto-cutaneo, di struttura lamellosa, nella

spessezza del quale è contenuta la giugulare anteriore, vena spesso doppia, e che nei bambini in preda all'asfissia appare tumida. I rami arteriali son piccoli e provengono dalla tiroidea superiore. 3° Lo strato muscolare (sterno-joidei e sterno-tiroidei). 4° Il corpo della tiroide. 5° La trachea.

Talune delle citate sporgenze di questa regione sono facili a riconoscersi; così l'osso joide, la tiroide: non però sempre la cricoide che, sottilissima in avanti, nei bambini può restare disconosciuta. La membrana crico-tiroidea è più larga nella sua porzione centrale, ricoverta in parte dai crico-tiroidei, i quali allontanandosi in alto, limitano uno spazio triangolare con apice in giù, e perforata da due piccoli orifizii per le arterie crico-tiroidee.

La trachea è fatta da anelli incompleti; il terzo posteriore del cerchio è completato da una lamina membranosa. I suoi diametri in media sono i seguenti:

l'antero-posteriore nell'adulto . . . . .	18-19 Mm.
» » nella donna . . . . .	14-15 »
» » nei bambini dai 18 m. a 4 anni . . . . .	6-8 »
» » » di 11 anni . . . . .	10 — »
» » » di 16 anni . . . . .	14 — »
il trasverso nell'adulto . . . . .	18-24 »
» nella donna . . . . .	14-20 »

Nei bambini questo diametro è uguale all'antero-posteriore.

A livello della membrana crico-tiroidea si può dire in generale che i detti diametri sorpassano di qualche millimetro quelli della trachea.

La direzione obliqua, da avanti indietro, che il canale laringo-tracheale conserva relativamente all'asse del collo, ci fa vedere a prima giunta come la laringe debba avere posizione più superficiale, ed a misura che ci avviciniamo al giugulo, la trachea divenga più profonda. Tra questa e lo strato muscolare, esiste un tessuto cellulare in cui facilmente può farsi strada la cannula — la trachea in questo punto è mobilissima nel senso laterale. L'istmo della glandola tiroide, che quando è sviluppato può molto difficolare la operazione, ricopre gli anelli 3°, 4° e 5° della trachea. La quale al di sopra di questa glandola è solamente ricoperta da poco tessuto cellulare senza vasi d'importanza, ed al di sotto, invece, è più profonda, più mobile, ricca di tessuto cellulare in cui rattrovasi vasi voluminosi, taluni costanti, altri eccezionali. Cito tra i primi: le due vene tiroidee inferiori, quasi parallele alla linea mediana, dall'istmo fino al tronco venoso brachio-cefalico, il quale nelle forti espirazioni compare al di sopra della fossetta sternale. Queste vene



formano un plesso sviluppatissimo nei bambini; tra loro esiste talvolta l'arteria tiroidea di Neubauer. La carotide primitiva sta alla parte inferiore del collo, immediatamente in fuori della trachea; e da ciò il pericolo di ferirla quando l'operazione si pratichi troppo basso, ed anche il tronco brachio-cefalico e la vena succlavia.

Da questi brevi cenni, voi scorgete che la regione in cui tanti pericoli si possono scongiurare, è appunto quella compresa tra il bordo inferiore della tiroide ed il secondo anello tracheale: la trachea è lì superficiale, non ricoperta da vasi importanti, le carotidi stanno ad un pollice circa di distanza, le laringee inferiori sui lati della membrana crico-tiroidea, le due tiroidee superiori non danno che rami sottili sul bordo superiore del corpo tiroideo. Onde si può anticipatamente dire che nel crup, nei bambini, e quando è richiesto un pronto manuale operatorio, questa resta la regione a preferirsi.

*Processi.* — Vi ho già detto, o Signori, che alla voce broncotomia si è sostituita l'altra meno inesatta di tracheotomia, e che più dettagliatamente si può parlare di una laringotomia (divisa anche essa in sotto-joidea, tirotonia e crico-tirotonia), di una tracheotomia e di una laringo-tracheotomia, secondo le varie regioni del tubo laringo-tracheale che vengono incise. Della laringotomia dovrò più da vicino occuparmi nella cura dei neoplasmi e dei corpi estranei della laringe: circostanza in cui la si pratica, ed a quel proposito discuterò i singoli processi e le relative apprezzazioni. In generale, e più particolarmente nel crup, si preferisce la crico-tracheotomia; senza dilungarmi perciò in minuterie relative a tutti i metodi. mi fermerò sui principali, come quelli che in pratica hanno dei vantaggi.

In tesi generica, tutti questi processi si possono dividere in *rapidi* e *lenti*, a secondo che il manuale operatorio è menato a termine in breve tempo o con la incisione a strati dei varii tessuti che bisogna attraversare.

Trousseau consigliava di operare lentamente; esplorava i tessuti che cadevano sotto il bisturi, faceva scostare da assistenti le vene, le ligava occorrendo, ed incideva la trachea al di sotto dell'istmo tiroideo. Questo processo ha i suoi meriti, perchè l'operazione si può dir sicura, ma ha degli inconvenienti per il punto di elezione, tanto vero che è stato bandito dagli ospedali di Parigi. Nè miglior sorte ha avuto il metodo di Chassaignac. Si fissa la trachea mediante un tenacolo appuntato sotto la cartilagine cricoide, così che la sua convessità scannellata sia rivolta dal lato della forchetta sternale. È in quella scannellatura che l'operatore immette il bisturi, e quando prova la sensazione di vuoto, che annunzia la penetrazione in trachea, ingrandisce l'incisione, quasi disseccando i tessuti. Mal-

grado una guida così sicura, e che a me stesso non ha dato smentita quelle volte che l'ho seguita, gli autori ci dicono come si possa in tal guisa perforare la parete posteriore, immettere la cannula nell'esofago, ovvero come quella possa rimanere nel tessuto peritracheale.

Il Langenbeck ha dato al tenacolo due branche, ognuna delle quali riproduce la forma del tenacolo ordinario. Viene introdotto però dopo ch'è stata scoperta la trachea, e tagliando dall'alto in giù, tra le branche divaricate dello strumento, i due bordi della incisione restano fissati.

Bourdillat consiglia l'operazione in due tempi: nel primo s'incidono tutti gli strati pre-tracheali, nel secondo la trachea messa a nudo, e tutto questo tenendo calcolo dello spessore dei tessuti, immergendo il bisturi per un centimetro, segnando sulla lama questo tratto.

Però non per questo si è al coperto dai citati pericoli: ed eccovi un processo che tiene la media tra il *rapido* ed il *lento*.

I tracheotomi di Maisonneuve, Rizzoli, Marco See, Oliveti ed Auger, sono strumenti che si propongono di riunire in un sol tempo la puntura, e taluni altresì la dilatazione del condotto aereo e la introduzione della cannula. Essi, inoltre, avrebbero il vantaggio di schivare ogni emorragia riducendo la operazione quasi incruenta. Tali processi han dato buoni risultamenti nelle mani dei proprii inventori, e certo prima di metterli in atto è giusto familiarizzarvisi bene.

Un buon tracheotomo è quello del Rizzoli. Consta di una cannula e di un punteruolo. L'estremo inferiore della cannula è appiattato sul dorso e termina in un'ampia apertura priva di parete per un tratto. I suoi bordi laterali lascian dietro un piccolo vano in cui si nascondono i taglienti laterali di una lama a forma di dardo di cui è fornita l'asta: vi è inoltre, lateralmente, una fessura che permette il passaggio della costola tagliente situata sulla faccia anteriore del dardo. Il resto della cannula non differisce dalle ordinarie che per poco. L'asta che termina nel dardo ha un apposito manubrio: la porzione sporgente del dardo rassomiglia ad una lancetta, tranne che, oltre ai due taglienti laterali ce ne ha un terzo perchè si ottenga un'apertura sufficiente a far passare la cannula. Il processo operativo è dei più semplici. Si situa il paziente sul solito tavolo col materasso; il tronco un po' rialzato, la testa arrovesciata indietro e poggiata su di un guanciaie. Si fa fissare da un assistente, o si fissa dall'operatore, la laringe con le dita in modo da mantener salda in alto e sporgente la trachea. L'operatore piazzato a destra, sente con la punta dell'indice sinistro, attraverso la cute, lo spazio membranoso che divide il 3° dal 4° anello tracheale (regione che l'autore preferisce e che cade a circa un centimetro e mezzo dal bordo

superiore dell'arco cricoideo). Il tracheotomo è tenuto dalla mano destra alla punta, e l'indice è fisso sulla convessità della cannula per limitare il tratto che deve penetrare. Si attraversa gradatamente la cute, i tessuti sottostanti, lo spazio membranoso e la mancata resistenza ed il sibilo dell'aria che sfugge, accertano della bene eseguita operazione (1).

Saint-Germain ha fatto subire al processo rapido interessanti modifiche. Egli segna con l'unghia o con una matita il limite inferiore della cartilagine tiroide, la quale resta il punto limitante l'incisione superiore. Allora si prende la laringe con forza tra il pollice da una parte, l'indice ed il medio della mano sinistra dall'altra: ma la pressione delle dita (e questo è essenziale) deve essere fatta quasi come se si volessero queste riunire in dietro per enucleare, non già per comprimere la laringe. Così nel punto designato dall'unghia o dalla matita si nota una depressione trasversa, una ripiegatura rientrante della pelle che è stata fortemente tesa e che risponde esattamente alla membrana crico-tiroidea: lì bisogna far la puntione. Il bisturi è tenuto come penna da scrivere, fortemente serrato fra le dita: il medio, appoggiato alla faccia della lama opposta all'operatore, limita ad un centimetro e quarto la lunghezza del tratto che basta a non interessare la parete posteriore della trachea; ed allora immergendola nel punto della depressione, si ha sensazione di una resistenza vinta: la trachea è aperta, e per ingrandire la incisione, si dividono disseccando i tessuti, non già recidendoli, con la pressione, per non fare che la incisione della trachea sia più estesa di quella della cute. Si tagliano la cricoide ed i 2 primi anelli, cioè per la estensione di 2 centimetri. Poi s'introduce la cannula.

Il processo del Saint-Germain, come voi stessi vedete da questo breve cenno, è veramente stupendo, e per servirmi delle stesse parole del Moizard, alla eccellente monografia del quale ho improntate molte cose, ripeterò che « coloro che hanno avuto la buona fortuna di vederlo operare, hanno potuto ammirare la rapidità con la quale pratica la tracheotomia, la quale fatta così, *può a giusto titolo paragonarsi all'apertura di un ascesso* ». Epperò con tutto questo, il metodo non si sottrae ad una attenta critica, ed il Moizard riconosce i principali inconvenienti nella stessa rapidità dell'atto operatorio che potrebbe imbarazzare il chirurgo se per poco smarrisce i dati di guida; nella poca fedeltà di questi, in certi individui. Onde egli, il Moizard, modifica il processo, ne fa uno misto, cioè nè ra-

---

(1) Il tracheotomo del Prof. Caselli (comparso da poco) è uno dei migliori. Io lo raccomando molto.



pido, nè lento, e vanta migliori risultamenti (1). Ve lo descriverò nei suoi dettagli questo processo, perchè mi pare importantissimo, nel crup in specie, per cui il nostro autore lo adotta, e comincerò dal dirvi come bisogna piazzare l'infermo, quali siano gl'istrumenti e gli annessi necessari, cose che a bella posta riserbai in questo punto affine di non stancare la vostra pazienza con inutili ripetizioni.

Bastano tre assistenti: uno per mantenere la testa, un altro le braccia e le gambe; il terzo per porgere gl'istrumenti, e, se è di notte, tenere un lume. Dei tre, quello solo che mantiene la testa dev'essere il più intelligente, e quindi se è possibile, che sia un medico. L'infermo, svestito, viene avvolto in un lenzuolo: il letto è fatto da una tavola, un materasso di crini, un traversino duro od un guanciaie avvolto intorno ad una bottiglia di terra. Un bisturi ordinario puntuto (preferibilmente quello di Lüer), uno bottonato (2), un dilatatore, cannule con taffetas ingommato e con nastrini, un tubo per insufflare, una pinzetta per le false membrane, ecco tutto l'arsenale necessario. Si tenga in pronto dell'ovatta e dell'agarico e due vasi, uno con acqua fredda, un altro con acqua tiepida.

L'assistente incaricato di tener la testa, arrovescia questa sul cuscino così da far sporgere fortemente il collo in avanti: per lo che ne afferra la parte posteriore tra il pollice e l'indice della mano sinistra. Elevando od abbassando più o meno questa mano, si regola il grado di estensione necessario che bisogna dare alla testa, la quale viene ad essere arrovesciata in dietro dalla mano destra applicata sulla fronte.

L'operatore si situa a destra dello infermo, esplora la regione laringo-tracheale per riconoscerne le varie sporgenze, e giunto alla cricoide applica su questa l'unghia dell'indice sinistro, afferrando la trachea tra il pollice ed il medio della stessa mano per fissarla e farla sporgere in avanti. L'indice della mano sinistra è la guida più sicura in tutta la operazione, e tanto, da poterla fare anche all'oscuro, segnando il punto di partenza della incisione e facendo da guida pel dilatatore. Onde il chirurgo in tutto l'atto operativo non muoverà che il solo indice per avere una esatta nozione di quello che fa e per schivare qualunque errore.

---

(1) Io che ho avuto, posteriormente, l'agio di operare varii bambini con questo processo, ne sono entusiasta. L'azzardo non è che apparente: la operazione è invece tutta basata sulla perfetta nozione di chirurgia topografica, e la emorragia cede per incanto, non appena s'introduce la cannula. Per facilitare la qual cosa, il Krishaber ha creato un utile conduttore (a becco di catetere), terzo pezzo della cannula che viene temporaneamente immesso nella cannula esterna e poi ritirato per cedere posto alla contro-cannula.

(2) Basta un solo bisturi; e se sopra di esso si segnano dei tratti per limitarne la lunghezza, sarà anche meglio.



Tenendo il bisturi con la mano destra come penna da scrivere, si pratica nel 1° tempo una incisione cutanea di 2-3 centimetri, parallela all'asse del collo, esattamente sulla linea mediana. Così si incide la pelle ed il cellulare sotto-cutaneo; l'indice immediatamente applicato all'angolo superiore della ferita, riconosce la trachea ricoperta dai muscoli.

Il 2° tempo comprende la incisione dei tessuti pre-tracheali, tagliando senza preoccuparsi dello interstizio muscolare, sicuri come si è di non poter deviare lateralmente o per ben poca cosa. Incisi i muscoli, si arriva alla trachea: l'indice riconosce il bordo inferiore della cricoide.

Per punzionare la trachea (3° tempo), l'operatore fa scivolare il bisturi sull'unghia, e cominciando dallo spazio tra la cricoide ed il 1° anello, prolunga il taglio in giù, tanto da interessare i due o tre primi anelli. L'aria che sfugge dall'apertura, ci avverte della penetrazione in trachea — ammenochè in circostanze eccezionali il fenomeno sia ostacolato da false membrane che si applicano contro la praticata incisione.

Si abbandona il bisturi, ed applicando l'indice all'angolo superiore della ferita tracheale, l'operatore prende il dilatatore, ne porta la punta sull'indice e così l'introduce in trachea, immergendolo profondamente: poi tirandolo alquanto a se, ne ravvicina gli anelli perchè si divarichino le branche — e questo è il 4° tempo. Solamente ora la mano sinistra può lasciare la trachea e si fa sollevare l'infermo che in preda a conati di tosse per lo stimolo del dilatatore e del sangue, ne caccia fuori dalla ferita tracheale e talvolta insieme a false membrane.

Il 5° tempo riguarda la introduzione della cannula, priva sempre di qualsiasi sonda conduttrice. Tenuta con la sinistra, la si presenta tra le branche del dilatatore, con l'estremo inferiore rivolto in dietro ed il grande asse del padiglione parallelo all'asse del corpo. La s'immerge sino a raggiungere la parete posteriore, ed allora imprimendole un movimento di rotazione sul suo asse, l'operatore riconduce il padiglione nella posizione che deve occupare, mentre abbassa a gradi il dilatatore per ritirarlo.

Il sibilo che l'aria produce passando attraverso la cannula, ci assicura ché la è in trachea. Allora si ligano i nastri.

Questo tempo allarma spesso gli astanti ed il pratico, giacchè per la incisione della mucosa, sangue discende nelle vie respiratorie: si ha minaccia di asfissia e stato sincopale. Taluni autori avvisano di introdurre perciò gradatamente la cannula, ma non credo sia un buon consiglio, ed invece bisogna occuparsi di rianimare le forze del cuore con fregagioni a secco nella regione precordiale, eccitare il sistema nervoso spruzzando in faccia acqua fredda, e praticare la

respirazione artificiale o le insufflazioni con un catetere introdotto per la ferita. A tutto ciò contribuisce molto lo stato dell'infermo, nn'altra ragione che incidentalmente ricordo per non procrastinare la operazione una volta che ne avrete stabilita la indicazione. Se continua il sangue, si applicano nelle parti inferiori della ferita i dischi di agarico o frammenti di ovatta, mantenuti in sito dal padiglione e dal taffetas. Innanzi alla cannula si applica una compressa piegata in quattro e mantenuta da una cravatta.

Si riconduce l'infermo nel suo letto e si amministra un pò di vino: si ha cura di mantenerlo bene avvolto, ed occorrendo si terranno intorno bottiglie con acqua calda — utile pure qualche senapismo. Per la lotta durata, l'infermo si addormenta.

D'ordinario le emorragie arteriali sono le eccezioni, le venose si arrestano per la sola introduzione della cannula — ecco perchè è buono sceglierne delle relativamente voluminose. Il dilatatore è utilissimo, e solo in rari casi se ne può fare di meno: il migliore è quello del Trousseau.

Indipendentemente dal processo che si vuol seguire, io ho il dovere di aggiungere che allo scopo di evitare la emorragia, si pensò al cauterio attuale, alla galvano-caustica, e recentemente al termocauterio di Paquelin. Sin dal 1829 Collineau si serviva di un disco in rame che si portava al calor bianco, e munito, alla circonferenza, di due placche oblique e diametralmente opposte (quelle che servono a tagliare i tessuti), mentre il disco centrale fa da serbatojo di calore. Più recentemente il Saint-Germain fece esperimenti con coltellini riscaldati sopra lampade ad alcool a doppia corrente.

Oggi in Francia il Verneuil conta già 5 tracheotomie fatte col galvano-cauterio, e lo stesso valente chirurgo ed il Krishaber ultimamente sostituirono l'apparecchio del Paquelin. Tutti si accordano nei vantaggi della completa emostasia, nè io sarei da tanto da attaccarne i risultati: dico solo che questi processi nei bambini non sono ancora sperimentati, ed in favorevoli circostanze possano davvero costituire una brillante operazione. L'istrumento del Paquelin sembra però debba avere il primato sul galvano-cauterio, in vista della possibilità di poter sempre mantenere incandescente la lama, anche in mezzo a liquidi e nella profondità dei tessuti.

*Scelta della cannula.* — Importa anzitutto che la placca sia disposta così che il tubo si diriga il più ch'è possibile nel verso della trachea. La cannula dev'esser mobile, perchè come il Roger fece pel primo intravedere, e con statistiche, così si evitano le ulcerazioni della parete posteriore della trachea negli operati per crup (1).

---

(1) Almeno la cannula mobile si potrebbe adottare quando si sospetta e si teme quest'ulcerazione.

Onde si potranno scegliere o le cannule del Lüer, o quelle in vulcanite che si fabbricano in Germania (1).

Il diametro delle cannule varia secondo l'età.

Da	1— 4 anni di età	la cannula avrà:
		6 mm. di diametro, e 5 cent. di lunghezza
—	4— 8	8        »        5        »
—	8—12	10       »        6        »
—	12—15	12       »        6        »
Negli adulti	15	»

La cannula doppia è indispensabile. — Trousseau, Demarquay, Broca ne fecero costruire in modo da permettere la parola agli operati, ma queste cannule sono complicate, pesanti, e rappresentano un lusso che non può meritare attenzione in così grave soggetto.

*Cure consecutive.* — Perchè i buoni effetti della tracheotomia siano mantenuti, sono necessarie delle cure consecutive: esse hanno la più alta importanza, ed io non posso tacerle. M'ispiro a questo riguardo alle belle riflessioni che in una monografia ha regalate alla scienza il dott. Sanné (2).

Bisogna rispettare il sonno dell'infermo e non preoccuparsi della espulsione del sangue che avrà potuto capitare nelle vie respiratorie durante la operazione.

La febbre traumatica suole svilupparsi immediatamente o qualche ora dopo, dura 1-2 giorni e poi si confonde con quella dovuta alla affezione difterica che come vi dissi è la vera cagione del crup e che continua, indipendentemente dalla operazione, il suo ciclo.

Dopo breve tempo, alla espettorazione sanguigna suol succedere una di muco denso e tenace, o quella di vere false membrane: il passaggio di questi materiali per la cannula, determina speciali rumori, onde è mestieri attentamente sorvegliare che non si addensino in quella ed ostacolino il libero passaggio dell'aria. Perciò si toglierà la contro-cannula per nettarla, si villicherà la trachea con una barba di penna, e s'istillerà qualche goccia di acqua tiepida nella cannula, secondo i casi.

Invece se una falsa membrana si fosse immessa in quella, o bisogna togliere la contro-cannula, ovvero ritirarla possibilmente con una pinzetta.

---

(1) Che sono comodissime, ma fragilissime.

(2) Terminata la operazione io soglio commendare frequenti polverizzazioni fenicate in camera, e le continuo per molti giorni sino a che i pericoli della infezione e quelli inerenti al trauma siano cessati.

Dopo le prime 24 ore si toglie la cannula, tanto per nettarla che per esplorare lo stato delle parti, e questo termine non ha pericoli, anzi è utilissimo, onde si riterrà perfettamente in pratica. Però si esegua in ore distanti dai pasti. Si lava con acqua tiepida, si allontana, se ci è qualche falsa membrana, e si può a preferenza spalmare intorno uno strato di collodion per impedire l'azione irritante dei liquidi che colano. Se la ferita non presenta cosa di speciale, la si può abbandonare a sè stessa, senza cauterizzarla. Sarebbe pure prudente, per evitare la impressione di un'aria più fredda, mettere innanzi alla cannula un po' di tullo. Il rinnovamento della cannula (negl'infermi di crup) si ripeterà ogni giorno, e procedendo le cose in bene tra il 5° e 9° giorno in media si può effettuare la ablazione definitiva. La cicatrizzazione procede bene, sempre che non intervengano delle complicate (febbri eruttive, paralisi, bronco-pneumonite), e tanto che dal modo onde cammina, si possono temere o no questi fatti. Affine di evitare qualunque accidente di soffocazione, più che metter le bandelette di diachilon, vale il fare una medicatura semplice o servirsi di una compressa. I toccamenti con una soluzione di acido fenico (1 per 10), col lapis di nitrato, valgono meglio di tutti. Questa cicatrizzazione può esser completa in un tempo assai variabile, cioè essa oscilla fra 9 e 128 giorni come risulta da una statistica di 68 infermi, riferita dal Sanné.

Taluni pratici, eseguita la tracheotomia, abbandonano a sè il corso della malattia: si è fatto di questo un *casus belli*: ora io son di credere che il continuare un trattamento razionale interno, con espettoranti, se occorrono, e rimedii atti a modificare i prodotti di secrezione (clorato di potassa, copaipe), senza aggravare le condizioni gastriche, possa avere i suoi vantaggi, sempre che condotto con buon senso e moderazione.

L'alimentazione degli operati dev'essere riparatrice: brodi, acqua vinata nel 1.° giorno, e sin dal 2.° vino generoso, zuppe con latte, uova ecc.

Succede certe volte che i bambini ricusano ogni cibo: ma qui l'autorità del medico, l'affetto materno e qualche concessione, possono riuscire interamente — nei casi più gravi, come ultima ancora si ricorrerà alla sonda esofagea.

Si suol dare eziandio un po' di china.

La temperatura della camera la più conveniente, è quella tra 18 e 19 centigradi, non trascurando però di rinnovare l'aria, ma con tutta precauzione: non si faccia praticare molta gente e si consigli calma e silenzio, evitando qualunque emozione: per lo chè, se durante l'atto operativo i genitori, la madre in ispecie, come per lo più succede, furono assenti, sarà prudente che non si permetta loro di rivedere il bambino se non quando tutto mena a credere che la guarigione non è compromessa.



Importa tener distratti i piccoli operati e farli inoltre levar presto: ma tutto questo a gradi, per poco tempo, senza uscir di camera e poi permettendo di passare in altra stanza precedentemente riscaldata.

*Complicanze.* — Le complicanze che si possono manifestare dopo la tracheotomia, o appartengono propriamente all'affezione difterica (paralisi, flogosi pulmonari, morte istantanea per formazione di grumi nel cuore, per esaurimento o per infezione, lesioni gastro-enteriche, esantemi difterici, albuminuria), o sono il risultamento diretto della operazione, delle quali ultime e delle principali mi occuperò brevemente.

*Emorragie.* — Possono manifestarsi poco dopo la operazione, o quando si toglie la cannula. Se il sangue proviene dall'angolo inferiore delta ferita, è facile rimediarvi con gli ordinarii mezzi, ma se la emorragia è pure interna, il Sanné raccomanda l'alcool a dose alta, od il vino generoso. Se la emorragia continua, si useranno i rivellenti, si metterà l'infermo in posizione orizzontale, si flagellerà il viso con una compressa imbevuta in acqua fredda (1).

*Accidenti locali.* — Uno dei più frequenti è il flemmone, in vista delle tante cagioni che possono determinarlo — Suole finire più spesso con ulcerazioni delle parti, anzichè con suppurazione. Se la flogosi è discreta, basta la igiene locale; un pò di olio di mandorle, di *cold-cream*. Se è più intensa, giovano le spennellature di collodion. Che se si raggiungesse il massimo della infiammazione, bisogna sollecitare il più che si può l'ablazione della cannula, tanto più che i bordi induriti della ferita lasciano pervia l'apertura, e sorvegliando l'infermo, non si ha a temere l'asfissia. La cannula sarà rimessa sempre che questa minacciasse, e sarà più lunga nel caso che la tumefazione enorme delle parti ostacolasse la sua penetrazione in trachea.

L'acido fenico si commenda contro l'ulcerazione.

*Eresipela.* — Riconosce le stesse cause irritanti locali, ma non è frequente: può esser circoscritta e può percorrere tutto il corpo sotto forma serpigginosa: è sempre grave. Oltre a quelle misure che già dicemmo per il flemmone (ed insisto in ispecie sul collodion), non si trascuri il trattamento generale tonico.

*Gangrena.* — È abbastanza frequente e può essere limitata o diffusa—superficiale o profonda; voi intendete quali guasti possa produrre.

Mezzi preventivi contro questo grave accidente non esistono, se ne toglie la precauzione di curare la flogosi non appena compare.

---

(1) Una ingegnosa modifica alla cannula nei casi di emorragia, è quella del Krishaber. — È una spirale, priva di padiglione. Il chirurgo mentre assicura così la permeabilità della ferita, può vedere il punto da cui parte il sangue ed agire direttamente.

L'igiene dapprima, poi qualche cauterizzazione; ma avanzando i fatti bisogna togliere la cannula e seguire una cura roborante. Gli antisettici locali, sotto forma di toccamenti o di lavande, non debbono andar trascurati.

*Difterismo della ferita.* — Dal 2° al 4° giorno dall'operazione, può osservarsi il difterismo della ferita, per la tendenza che le false membrane hanno a riprodursi, soprattutto nei siti privi di epitelio e sulla cute denudata dell'epidermide.

Io credo che il miglior trattamento debba esser lo stesso che consiglio per la difterite in genere: i disinfettanti cioè (e preferisco all'alcool, agli acidi fenico e salicilico, la glicerina cloraliata), ed i dissolventi delle false membrane (tra i quali il primo posto è occupato dall'acqua di calce).

*Irregolarità della cicatrizzazione.* — Questa può procedere lentamente, e devesi in tal caso affrettarla con gli eccitanti (acido fenico o qualche cauterizzazione); ovvero può esser precoce, e non si deve lasciare per molto tempo senza cannula l'infermo. Che se non appena tolta quella, l'asfissia, per coalescenza dei bordi minaccia la vita, si ricorrerà al dilatatore, il quale può, notate bene, servire temporaneamente, e dev'essere ritirato prima di rimettere la cannula, contrariamente a quanto si pratica durante l'operazione.

In fine potrebbe in qualche caso rendersi indispensabile lo sbrigliamento, l'uso della cannula a valvola del Bourdillat ecc.

*Enfisema traumatico.* — Può comparire talora durante l'operazione, ma d'ordinario la segue: è poco frequente e lo si deve ad errori dell'atto operativo, soprattutto per scollamento della trachea dietro infruttuosi tentativi per introdurre la cannula, nonchè alla viziosa incisione del canale, sia laterale, sia doppia, sia troppo lunga, sia troppo breve. Altre volte dipende da una cannula troppo corta, dall'incisione praticata troppo giù, dalla tumefazione dei tessuti, da difetto di sufficiente costrizione dei nastri della cannula, dalla forma di questa, ed infine dalla insufflazione praticata per la ferita nello scopo di rianimare l'infermo in istato di morte apparente.

La cura etiologica deve aver il primo posto — si cambi la cannula se la tumefazione delle parti è tale da impedire che giungesse in trachea. Il collodion può rendere eziandio notevoli servigi.

Oltre a queste, o Signori, ci ha molte altre complicità relative alle vie respiratorie: soprattutto la bronchite — la bronco-pneumonite — la pneumonite lobare — la pleurite — la pleuro-pulmonite — la gangrena polmonare. Esse però non sono inerenti agli operati di tracheotomia, ed a proposito della patologia del crup ve ne accennai: quindi non le discuterò più a lungo.

Anche delle *ulcerazioni della trachea* vi ho detto qualche cosa quando vi parlai delle cannule mobili: voglio aggiungere ora che

il più bel lavoro è quello del Roger, nel quale egli discute la frequenza, la sede, il modo di sviluppo di queste ulcerazioni nei tracheotomizzati per crup. Le cause sono meccaniche, cioè riferibili al trauma che la punta della cannula esercita sulla parete posteriore della trachea, ciò che però non esclude la possibilità di altre condizioni, per esempio lo stato generale, una intossicazione ecc.

I mezzi più acconci sono: generali (cura roborante), e locali. Questi riguardano la cannula, che dev'esser mobile nei suoi due pezzi — non deve aver forma di quarto di cerchio — nè il bordo dev'essere tagliente. Ma, sviluppata l'ulcerazione, bisogna molto da vicino occuparsi per togliere ogni giorno la cannula, e definitivamente al più presto possibile.

Signori, io ho dovuto fare una rassegna molto rapida, per non usurparvi molto tempo: so che la mia parola è rivolta a giovani medici già innoltrati nella pratica, nè perciò mi pento del veloce passo che ho serbato: voi stessi rimedierete a questa mancanza, completando da voi gli schizzi che vi ho forniti; riconoscete però con me che tante minuterie non sono un lusso, ma un bisogno nelle difficoltà della pratica, e che nella loro osservanza è talvolta riposta la vita di un essere a cui già tanto avevate fatto per non vederlo soccombere.

(Dal *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*).

---

#### IV.

### A proposito di un caso di crup laringeo guarito.

#### CONSIDERAZIONI.

Nell' anno di grazia 1879 noi, intorno al concetto ed alla cura del crup laringeo, vediamo regnare ancora tanti dubbii quanti forse ne esistevano più di un secolo fa, ai tempi di Blair e di Home. Dirò anzi che con l'andar del tempo il concetto patogenico invece di svolgersi si andò sempre più intricando, fino al punto che chiunque tentasse far rivivere la teoria di Home, sentirebbe troppo di antiquato. Eppure non è così; e noi per vezzo di sembrar moderni vogliamo a forza disconoscere certe verità cliniche!

A proposito di un caso che non ha guarì io ebbi in cura, mi piace ritornare su questo interessante argomento; e lo faccio di volo ed a grandi tratti per non seccare il lettore, preferendo ad un panegirico sopra codesto vecchio argomento, l'impronta della verità che deve conservare il clinico quando vuole che non prevalga nel suo giudizio il favoritismo di parte. Vorrei poter dire troncata la questione, ma son lungi dal pretendere che il possa fare io, incompetente e debole qual mi sono, e poi con uno scrittarello messo su senza pretensioni, ma con il modesto scopo della pietra portata al grande edificio.

Comincerò io pure dal dimandarmi in primo luogo se crup e difterite siano o no la stessa cosa.

Di ciò parlarono e cantarono in tutti i toni autori competentissimi; di ciò si occuparono le Accademie scientifiche; ma malauguratamente le opinioni furono controverse. D'onde mai tutto questo? Io rubo la risposta al Mackenzie, il quale nel suo eccellente libro sulla difterite ha trattato concisamente e mirabilmente un quesito tanto importante. Questa risposta si compendia in massima parte in un ricordo storico. Nel XV e XVIII secolo, sotto il nome di *Cynanche maligna* si comprendevano molte e diverse malattie di gola, e fu per opera di Ghisi, di Starr e di Home che si cominciarono ad isolare i fenomeni laringei, i quali in una Contea Scozzese aveano già ricevuto il battesimo dalla voce popolare *crup*, che vuol dire *raucedine*.

Il lavoro di Home parve una scoperta, ed al dire di Bretonneau la novità della cosa offuscò tanto gli animi da fare obliare che il così



detto crup di Home era una malattia già carica di anni. Ond'è che sino al 1858, in Inghilterra, per crup s'intendeva una malattia acuta della laringe, d'indole infiammatoria, non contagiosa, e nella quale ci erano false membrane.

In Francia, invece, le frequenti e gravi epidemie di difteria avevano offerta tale esperienza ai pratici, che essi sostennero con calore e tuttora sostengono la identità tra le due affezioni. Dunque da questa pagina della storia di così grave malattia, noi vediamo che una denominazione arbitraria tende ad imporsi per qualificare un processo nuovo, distinto, già noto da tempi remoti, e che poteva non altro riguardarsi se non se una espressione della così detta angina difterica, diversa solo per sede. Le sofisticazioni, ciò malgrado, vanno tant'oltre che non si ha ritegno di credere, con una logica a parte, che ci siano due infiammazioni pseudo-membranose della laringe: una in cui la causa è il veleno difterico, l'altra in cui tutto si ripete da un'altra ignota influenza! Codesta opinione parve accreditarsi alquanto in una prova anatomica che ci fornì la Scuola Tedesca mentre insegnava le differenze tra essudato cruppale e difterico. E noi, troppo teneri di queste vedute oltramontane, quando dieci anni addietro scoppiò in tutta Italia una grave epidemia di difterite (la quale malauguratamente imperversa tuttavia a balzi e sotto forme varie), noi, dico, spingemmo la esagerazione a segno che al letto dell'infermo credemmo primo ed essenziale dovere quello di ben determinare se l'essudato fosse superficiale o profondo, cioè se si trattasse di angina cruppale o difterica. Ma la pratica ci convinse che, pur ammettendo queste differenze nell'essudato, il concetto del morbo restava sempre identico; che molti bambini se ne ivano felicemente all'altro mondo con un essudato puramente cruppale, cioè superficiale, separabile, deposto sopra di una mucosa poco o niente infiammata, ed a queste forme seguivano processi (le paralisi ad esempio) che erano proprio i medesimi postumi della grave difterite. Di questo ci persuademmo noi, senza bisogno di chi ce lo insegnasse, tranne la pratica lunga e spregiudicata che la fatalità ci cacciava davanti, inferendo dovunque quel triste morbo. Sull'essudato cruppale e difterico in genere, oltre a ciò, la stessa Scuola Tedesca aveva dovuto ritornare; l'anatomia patologica ci confessava, con molta coscienza del resto, che le due forme potevano insensibilmente passare l'una nell'altra, ed il microscopio, con fede non minore, constatò che due preparazioni, una di membrana cruppale, un'altra di membrana difterica, erano molto simili.

Grandissimo valore, infine, dovrebbero avere i caratteri clinici perchè si possa dir finita codesta pendenza.

Il così detto crup laringeo si accompagna d'ordinario a chiazze di essudato membraniforme sulle amigdale o la faringe, ma può bene

esordire dalla laringe e restarvi limitato, senza che per questa differenza di sede il processo morboso cangi d'indole. Ed a me sembra vero questo, che se talora manifestazioni faringee mancano, ciò devesi alla durata del morbo, racciata dai pericoli della laringo-stenosi. Che se questa si svolge più lentamente, non è difficile che si veggano manifestazioni nelle sedi più predilette dalla difteria. Lo stesso (cioè la brevità del decorso nel crup) vale per spiegare come le paralisi siano rare, ed i sintomi di setticoemia assenti quando è colpita prima od esclusivamente la laringe, se non vogliasi aggiungere che mentre i linfatici del palato molle, delle tonsille e della parete posteriore della faringe hanno libere ed ampie comunicazioni con numerose ghiandole linfatiche, i vasi assorbenti della mucosa laringea e tracheale sboccano appena in una glandola solitaria messa sotto il gran corno dell'osso ioide, e nella piccola glandola laterale della trachea (Luscka). Aggiungasi che il crup, per contagio può riprodurre la difteria delle fauci, e viceversa; e tanto nell'una che nell'altra forma ci può essere albuminuria. Aggiungasi ancora che noi sogliamo vedere numerosissimi i casi di crup durante le epidemie di angina difterica, e sarebbe assai strano pensare che due malattie identiche nei loro prodotti, la falsa membrana, sviluppate contemporaneamente, tengano poi a due differenti cagioni; una la infezione specifica, la seconda qualche altra cosa che non sappiamo che sia. Sarebbe ormai tempo che cessi ogni divergenza; e senza sofisticare più oltre, per le ragioni storiche, logiche, anatomiche e cliniche brevemente esposte, si ritenga il crup laringeo una localizzazione della difteria. Anzi sarebbe assai profittevole che questo vocabolo, pretesto di tante confusioni, sia cancellato e sostituito da una denominazione più esatta e meno compromessiva pel concetto patogenico, cioè *laringite pseudo-membranosa* o *difterica*, semprechè resti dimostrato che in omaggio alla etimologia della parola *difteria* (affezione pellicolare), vogliasi intendere una laringite in cui la superficialità o la profondità dell'essudato non muta la vera natura del processo morboso.

Un altro punto interessantissimo nella storia patologica del così detto crup laringeo, è la stenosi, la quale non si ripete esclusivamente dalla presenza delle false membrane. A darsi conto degli accessi di soffocazione, vennero avanti talune teorie, e quale insegnava lo spasmo degli adduttori, quale altra volea tener conto del muco che agglutina le labbra del glottide, mentre infine una terza invocava il distacco ed il movimento delle false membrane.

Ora, io che ho avuto l'agio di praticare più di una volta l'esame laringoscopico in casi consimili, porto le seguenti opinioni:

1.° Bisogna essenzialmente distinguere in una laringite pseudo-membranosa i fenomeni di laringo-stenosi *costanti*, da quelli *intermittenti*;

2.° Gli ultimi, che accompagnano del resto quasi tutte le laringo-stenosi, dipendono più volentieri dallo spasmo dei muscoli adduttori delle corde vocali, spasmo che può essere destato da cagioni diversissime, la secrezione attaccaticcia, i lembi pendenti delle membrane, od altri momenti inapprezzabili;

3.° I fatti *costanti* di laringo-stenosi tengono poi ad un cumulo di cagioni organiche; ma il principale fattore è l'*anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee* che ostacola i movimenti di avvicinamento (dove l'afonia), nonchè quelli di allontanamento delle corde dalla linea mediana (dove la dispnea).

Di fatti, quando si pratica con diligenza la diretta esplorazione, si nota che il movimento di adduzione ed abduzione dei ligamenti vocali è grandemente impacciato, e la rima glottidea considerevolmente ristretta. L'essudato, tuttochè abbondante, ricopre i tessuti infiltrati, ma l'edema in tanto riesce causa di laringo-stenosi in quanto che impaccia il movimento delle articolazioni crico-aritenoidee. I ligamenti infiltrati difficilmente occupano tanto spazio della cavità da restringerla in notevoli proporzioni, e le false membrane solo in caso di distacco possono essere cagione grave e diretta di soffocamento.

Questo imperfetto movimento di abduzione dei ligamenti vocali è stato diversamente interpretato, ed io credo abbia dato luogo ad un errore che si è perennato, nella credenza che fosse la paralisi dei crico-aritenoidei, oramai famosa nella laringite cruppale. Io son di credere invece che sia appunto la tumefazione considerevole della mucosa aritenoidea (tumefazione costante nella laringite in discorso che predilige questa sede), e sopra tutto nelle vicinanze delle articolazioni crico-aritenoidee, quella che ostacola i movimenti di rotazione sull'asse verticale, per cui ora si allontana ed ora si avvicina alla linea mediana l'apofisi vocale; proprio come un ingorgo considerevole dei tessuti peri-articolari di un arto impedisce la estensione o la flessione di quello. La controprova del fatto si ha in una seria obiezione che io faccio alla paralisi: nessuno può negare che in una grave flogosi abbia luogo la infiltrazione edematosa dei muscoli sottostanti alla mucosa infiammata; ma per la laringe, fornita di muscoli costrittori e dilatatori del glottide, sarebbe assai strano credere che la infiltrazione dovesse esclusivamente succedere nei crico-aritenoidei postici: la integrità dei muscoli costrittori è confermata da tutti e dai ricorrenti spasmi di questo gruppo muscolare.

Ammissa la verità di questo fatto, ognuno indovina quali corollari terapeutici ne scaturiscano; ed io sin da ora anticipo che accordo alla medicatura emetica, avverso la difteria laringea, un valore assai limitato. La persistenza della laringo-stenosi in proporzioni pressochè simili dopo il vomito, dimostra abbastanza chiaramente



che nel meccanismo di questa le false membrane tengono una parte assai limitata.

La laringo-stenosi nella laringite pseudo-membranosa è il fatto culminante e più costante; ma essa può mancare negli eccezionali casi in cui o la flogosi e l'essudato sono scarsissimi, ovvero la malattia resta abortita.

Già è a proposito di quest'ultimo fatto che ho abbozzata questa nota, suggeritami da un caso clinico assai interessante. Io, che ho visto molte centinaia di laringiti pseudo-membranose, e sono spaventato dalla gravità del male, rimasi tanto impressionato dal decorso e dall'esito, che ne presi i ricordi, e son lieto pubblicarli per ammaestramento reciproco. Mi sia permesso però aggiungere due parole sulla diagnosi in genere della laringite difterica.

Negli adulti questa manifestazione eccezionale, svolta in assenza di altre lesioni delle fauci, merita una diagnosi differenziale da tutti i processi di acuta laringo-stenosi, ed il laringoscopio (prima della espulsione delle false membrane) sarà sempre l'unica via per scansare l'errore.

Nei bambini invece, nei quali la laringoscopia non può sempre praticarsi, ovvero si esegue molto limitatamente, non è possibile eliminare talora i dubbj se non a decorso inoltrato, ovvero quando si ha sotto gli occhi l'*in genere*, voglio dire tracce di essudato membraniforme. Ed una malattia che più facilmente si scambia con quella di cui ci occupiamo, è la laringite stridula, malamente chiamata da taluni *falso crup*, e dico malamente perchè è illogico caratterizzare per falsa una data malattia che non è punto quella che si vuole esprimere. Più sono andato avanti nella pratica, più mi sono convinto che la diagnosi differenziale tra le due malattie, che hanno pronostico tanto diverso, è difficile; e semprechè il laringoscopio non è venuto a diradare i sospetti, la diagnosi non si è potuta assicurare se non col decorso ulteriore o con la espulsione di essudati caratteristici. Questa grande analogia dei fatti clinici giustifica abbastanza la opinione volgare di certi medici che dicono aver guarito molti casi di crup, e più volte i medesimi individui. Io spingo tant'oltre la esagerazione, da mettere in dubbio questi molti casi di crup riferiti siccome guarigioni senza tracheotomia.

C'è però un altro rovescio della medaglia, che a me non pare tenuto in gran conto dalla maggioranza; e questo è la possibilità di un essudato membraniforme nella cavità della laringe, senza sintomi di laringo-stenosi. Il fatto non può essere rivelato che dal laringoscopio, ed in buona patologia si spiega per la limitazione dell'essudato e la discreta tumefazione della mucosa e della sottomucosa, almeno in una fase iniziale. Questa non comune circostanza mi ha sempre più spinto alla presente comunicazione, e per non andare più oltre vagando, racconterò ora brevemente la storia.



Il giorno 11 Maggio dell'anno corrente, il prof. Palladino, otojatra e fisiologo distintissimo, mi faceva l'onore di consultarmi per una sua bambina di 5 anni. È una cara e bella fanciulla, la quale da 4 o 5 giorni aveva presentato febbre e qualche placca di essudato membraniforme sulle tonsille e la faringe, e che il professore ha toccato con percloruro di ferro. I fatti gutturali sono migliorati a segno che sulla faringe soltanto rimane qualche traccia di essudato, cioè piccole chiazze, rotonde, bianco-gialliccie, le quali sembrano avvizzite e risaltano bene sul fondo rosso-vivo della parete posteriore della faringe.

Il sintoma che avea destato l'allarme era una tosse sospetta pei suoi caratteri, cioè conquassante, frequente, secca, quella che in pratica si dice cruppale: essa coincideva con una esacerbazione della febbre. La respirazione era normale, la voce un po' fioca. La bambina era docile; io potetti risolvere il problema che mi si metteva davanti con un perfetto esame laringoscopico grazie al quale constatai: la cavità molto arrossita; la faccia interna della epiglottide di color rosso-fosco, e su questa il deposito di un essudato bianco, di aspetto fibrinoso, stratificato così che lasciando libero il margine convesso dell'opercolo, contrastava spiccatamente col colorito ardesiaco della mucosa.

Non è la prima volta che ho potuto, in soggetti di tenera età, riuscire vittorioso nella diretta esplorazione, ed a questo proposito insisto un pochino per dichiarare che, fatte le debite riserve, il laringoscopio certe volte si applica con successo nei bambini. Bisogna provvedersi di una buona dose di pazienza anzitutto, contentarsi di una immagine fugace ed incompleta; ma ciò malgrado questo esame a volo può illuminare abbastanza il pratico. In somma si può e non si può riuscire nella esplorazione, ma per accingervisi, si richiede la abilità di uno specialista, cioè di un individuo che ha gran pratica nel maneggiare lo specchio, e senza poter dimostrare ad altri quello che vede, è in grado di pronunziarsi con convinzione.

Ho visto che in questo esame bisogna procedere un po' diversamente da quello che si fa negli adulti. Io improvviso l'apparecchio illuminante come consiglia il Voltolini, mantenendo cioè con le dita una stearica attaccata al manico di un cucchiaino di argento e così che la fiamma corrisponda alla concavità della parte larga, che fa così da riflettore. Con la destra applico uno specchio laringeo di medie dimensioni, lasciando libera la lingua del piccolo paziente nel pavimento della bocca. Se non posso pretendere la emissione di un suono acuto, attendo un conato di vomito, provocato dallo specchio applicato alquanto bruscamente, ed all'inizio di questo conato, mantenendo ben saldo il laringoscopio, riesco talora ad esplorare la faccia esterna ed interna della epiglottide, i ligamenti ari-epiglottici, le aritenoidi.

Per tornare al caso clinico di cui mi sto occupando, dirò che constatata la presenza dell'essudato nella laringe, malgrado l'assenza di ogni sintoma di stringimento, io mantenni l'allarme, nè dissimulai la gravezza del pronostico e la paura di poter giungere un momento a discutere della tracheotomia!

Questa osservazione comprova quello che io preannunziava, cioè talune difficoltà diagnostiche: e se è vero che certe volte si confonde il crup con la laringite stridula (per l'analogia dei sintomi), non è men vero che altre fiate si può perfettamente riconoscere la laringite pseudo-membranosa nei suoi primi passi (quando cioè più urge curarla), ovvero scambiarla con un fatto puramente catarrale.

Per buona ventura le cose andarono assai diversamente da quello che io pensava, e quella vezzosa bambina vive rigogliosissima vita. Che cosa ho fatto? Qual'è la interpretazione dei fatti? Quali corollari bisogna dedurne? È quello appunto che ho il dovere di discutere.

Feci applicare intorno al collo cataplasmi di ghiaccio, e raccomandai che quasi incessantemente la bambina ne succhiasse dei pezzetti. I cataplasmi erano mantenuti a permanenza, e nel cangiarli, la regione anteriore del collo era lavata con acqua fredda.

Razionalmente parlando, s'intende di leggieri quanto bene debbano fare le applicazioni di ghiaccio avverso una flogosi, ed io che mi trovava di fronte ad un caso incipiente, nella famiglia di un medico ove non regnavano pregiudizî, potetti così, senza prevenzione, studiare quali fossero gli effetti di questa medicazione salita in onore in Inghilterra ed in Germania, tanto quanto è in discredito presso noi. Io, che in fatto di terapia desidero mantenermi in un giusto scetticismo, non divido certamente le esagerazioni che con un buon condimento scientifico ha messe avanti il Pingler (1) nel suo libro: « Il trattamento del crup con l'acqua e la tracheotomia », ma non posso disconoscere quello che la teoria insegna e la pratica dimostra: la sottrazione del calore, metodicamente ed insistentemente messa in atto per combattere la flogosi, riesce come nessun altro mezzo topico, siano stitici, modificanti o risolvanti. Il caso in discorso ne fornisce esso solo una luminosa prova, giacchè ripetendo l'esame laringoscopico più volte al giorno nello scopo di controllare la diagnosi e studiare gli effetti della medicatura, si notava una sensibile decrescenza nel rossore della mucosa, fatto che mi colpì sin dalle prime, e sin dalle prime mi fece concepire quelle speranze che credeva morte.

(1) C. Pingler-Eidelberg 1879-2ª Edizione - Der Einfache und Diphtherische Croup und seine erfolgreiche Behandlung mit wasser und durch die Tracheotomie.

Ora gli è appunto per mettere in credito siffatte locali applicazioni che io ho voluto presentare ai colleghi il caso clinico, ed insisto affinché si vincano i pregiudizi, e la medicazione si faccia a tempo, ossia nel primo periodo: il ghiaccio, quando la flogosi è sviluppata in tutta la sua energia e l'essudato è copioso, non è più al suo posto, nè può dare alcun risulamento.

I fatti, che sono molto più eloquenti di qualsiasi raziocinio, varranno a risparmiarmi questa volta una discussione teoretica sul modo onde il freddo ha agito; ma anche a volervi ficcare un tantino il naso, io credo si possa esser molto brevi nel ripetere che la sottrazione continua del calorico e la ischemia per effetto della contrazione della muscolatura dei vasi, valgano bene a render conto perchè in un processo ove si verifica appunto aumento della termogenesi e maggiore afflusso di sangue, debbano giovare i cataplasmi freddi. Ad un solo appunto non so cosa obiettare, e questo è la benignità della forma; perchè, come ho fatto intravedere, la bambina del Palladino andò sempre di bene in meglio ed a capo di altri quattro giorni o poco più, era perfettamente guarita. È giusto dunque che senza negare i benefici effetti del ghiaccio, noi ci dimandiamo se si è avuto a fare con una forma leggiera, rudimentale, abortiva. Anche ammessa vera una simile ipotesi, io sono egualmente lieto di aver pubblicata questa istoria che metterebbe in evidenza una forma ignorata. Ecco la mia risposta. — Sarà mestieri però che altre osservazioni vengano a confermarne la possibilità, siccome è necessario che altri esiti favorevoli accreditassero la terapia che propugno.

In una malattia tanto ribelle, ogni successo ben constatato, a qualunque prezzo acquistato, dev'essere tenuto in tanto pregio, che bisogna seguirne le orme fino a vedere dov'è che si mette capo. Del resto io non pretendo che quel che ho detto della cura della laringite pseudo-membranosa la compendii in tutto e per tutto. Nel caso della Palladino la cura fu coadiuvata da qualcheduno dei soliti rimedii interni e dalle frequenti polverizzazioni di acido lattico.

Sciogliere l'essudato equivale a favorirne il distacco, e l'acqua di calce, il bromo, i carbonati alcalini, l'acido lattico, godono una tal fama. Nella laringite pseudo-membranosa io do la preferenza all'ultimo, perchè si può in breve tempo e senza polverizzare molto liquido, mettere a contatto della mucosa un farmaco che ha il potere di attaccare la composizione chimica dell'essudato. Questi rimedii sono, a mente mia, i più sicuri espettoranti. Ripeto che alla medicazione vomitiva accordo un valore ben limitato nella laringite membranosa: si tratta di farmaci infedeli e pericolosi; si tratta di stabilire indicazioni precise, cioè l'avvenuto distacco dell'essudato, ed anche in tal caso si corrono tutti i rischi della soffocazione per la possibilità che qualche membrana si metta di traverso. Ricorderemo

infine che le pseudo-membrane sono uno dei fattori, ma non il principale della laringo-stenosi. Ma chi è quel medico che non si fa un debito di coscienza di amministrare la ipecacuana nel crup? *I rimedi popolari sono appunto i più difficili a maneggiarsi da un esperto clinico!*

Benchè in persona della mia infermuccia non ne sia stato il caso, ho il dovere nondimeno di ricordare i preziosi servigi che può rendere il vapore acquoso.

Per favorire il distacco delle membrane e convertire possibilmente il processo infiammatorio in uno suppurativo, il dott. Prosser James, l'Oertel, il Mackenzie ed altri (1), raccomandano le inalazioni di vapore acquoso. Si limita l'atmosfera in cui respira il piccolo paziente mediante cortine; il Mackenzie si serve di una tenda *ad hoc*, la *tenda da crup*, e che può improvvisarsi in qualunque casa. Si mantiene in questa cameretta costantemente il vapore di acqua che si svolge da una caldaia ben chiusa, la quale abbia un lungo braccio (supponiamo una storta) che va nell'interno della tenda, ovvero in modo più grossolano mettendo, in quello spazio ristretto, recipienti con acqua bollente. Comunque si facciano queste inalazioni, richiedono assolutamente la perseveranza, ed oltre al sedare lo spasmo ricorrente esse riescono, al pari dei dissolventi, il migliore espettorante. Quando le false membrane sono distaccate, a simiglianza dei corpi estranei solleticano le periferie terminali del laringeo superiore, e per azione riflessa provocano la tosse e le scosse espiratrici che le fanno espellere.

Io faccio voti perchè alla polimorfa e balorda medicazione che fino a pochi anni fa era in vigore contro il *crup*, una malattia che fa contare sulle dita le guarigioni senza tracheotomia, sia dalla generalità accettata un'altra più ristretta, ma più razionale.

A limitare la flogosi, in principio (primo periodo), il ghiaccio, *intus et extra*; a favorire il distacco dell'essudato, nel periodo essudativo (secondo periodo), le polverizzazioni di acido lattico e le inalazioni di vapore acquoso; e quando tutto questo fallisce, pria che subentri o s'avvanzi lo stadio asfittico (periodo terzo o paralitico), la tracheotomia.

È cosa che tocca il cuore veder morire senza soccorso tanti bambini; è cosa straziante udire i genitori, che pur sono tanto solleciti ed affettuosi per la prole, a ripetere: « val meglio lasciarlo morire così ». Tutto ciò tiene, se io non mi sbaglio, ad un errore da

---

(1) Ultimamente il dott. Marchisio che esercita ad Iglesias, ha pubblicato nel Giornale *Il Movimento Medico-Chirurgico* di Napoli, osservazioni interessantissime, che io invito il lettore a consultare.



parte di quei medici i quali, non possedendo molta esperienza, o niuna fede hanno nella operazione, o sperano troppo nelle sole forze della natura ed incoraggiano, dolosamente, a sperare i parenti.

La tracheotomia, ho detto altrove, e mi piace ripetere qui, è una operazione piena di pericoli, in massima parte estranei alla abilità del chirurgo; questi pericoli aumentano in una età in cui le dimensioni del canale respiratorio sono esili, e per effetto di una malattia nella quale prontamente si arriva allo stato di cianosi per impedito deflusso. Sono questi pericoli che non bisogna nascondere alle famiglie affinché chi opera abbia calma e rassegnazione; ma un sacro dovere impone di affrontarli. E solo quando in Italia le tracheotomie per crup saranno tante da permettere un raffronto ed una statistica, solo allora io dico, noi potremo vedere quanti son quelli che guariscono della laringite membranosa.

Se prima di proclamare guarigioni immaginarie, dirò meglio guarigioni di crup immaginario, i pratici fossero più riservati e prodighi nel consigliare la operazione, da un confronto preciso risulterebbero chiari i successi della tracheotomia, e la pratica della stessa darebbe forse un po' di sicurezza maggiore, come accade in Germania, in Inghilterra ed in Francia ove i casi si contano a centinaia. Si perfezionerebbero i processi, si studierebbero i varî tracheotomi, tra i quali, ne metto pegno, salirà presto in fama quello del Caccarelli presentato all'ultimo Congresso dei medici comunali in Napoli.

Io chiudo questa nota con una dichiarazione: il così detto *crup laringeo* è la localizzazione di una malattia infettiva; se non ammazza la laringo-stenosi, uccide l'intossicamento del sangue. Perché dunque camuffarsi a strenuo sostenitore di una grave operazione chirurgica? Codesta dichiarazione è tutta relativa alle indicazioni della tracheotomia; ora, quando i fatti infettivi non sono molto pronunziati, e sulla bilancia di un sano criterio il pericolo maggiore è rappresentato dalla stenosi, la indicazione precisa della tracheotomia resta senz'altro stabilita. L'intossicamento darà un po' di tempo, ammenochè non vada pari passo o superi di tanto la restrizione della laringe, da fare chiaramente vedere che si tratta di tracheotomizzare un morto.

Napoli, Ottobre 1879.

(Dal Giornale: *Guglielmo da Saliceto*).

## A proposito della Tracheotomia nel Crup.

LETTERA AL PROFESSORE TITO LIVIO DE SANCTIS.

*Chiarissimo Signor Professore.*

È un pezzo che pensava all'argomento che andrò svolgendo nella lettera che Le indirizzo, e pure mi astenni sempre dallo scriverla per tema di sentire a dire che lo avessi fatto a bella posta per discorrere di me: ma riflettendo meglio, mi son persuaso che se avessi ottenuto che si aprissero alle mie chiacchiere le colonne di un Periodico Scientifico, come questo, lustro e decoro fra i tanti, mi sarei interamente salvato dall'accusa. Sicchè ora io devo solo sperare che qualcuno ne prenda interesse e la grave questione che agito non rimanga in carta.

Facendo a fidanza con Lei, mi permetto conversare alla buona, e comincerò dal dire due parole intorno alla specialità alla quale con tanto amore mi dedikai.

La laringojatria, nata oltremonte, trovò presto cultori in Italia, ed a misura che la importanza se ne intese dai medici e dal pubblico, il numero degli specialisti si è andato man mano aumentando. Qui, in Napoli, ove l'arte salutare si esercita accanto a principii altamente umanitarii, in questa come in altre branche, non mancano ambulatorii privati, e codeste cliniche gratuite, che si chiamano pure *dispensarii*, son tutte più o meno frequentate. Le consultazioni e le medicature gratuite sono, in fatti, un dovere ed un bisogno; un dovere, per aiutare chi è sfornito di mezzi; un bisogno, per avere sempre innanzi agli occhi un materiale vasto, la mano bene addestrata, e la occasione di presentare i casi clinici ai giovani studiosi, quando il pratico tien pure insegnamento privato.

Oltre a queste piccole cliniche, nei nostri Ospedali non mancano sezioni distinte per l'oftalmiatria, l'ortopedia, la elettro-terapia, ecc.—Napoli vanta un Istituto per i Sordo-muti, e nelle Cliniche Universitarie ci sono sale speciali che ne aumentano il decoro. Ma per le malattie della gola, non c'è che il dispensario, quasi codesta branca

fosse, per la scienza, un progetto. Ed al dispensario non si può far sempre tutto ciò che si deve.

Ora, per mostrare quante tristi conseguenze arrechi codesto vuoto, io ho preso a bella posta una via così lunga, e se Ella mel consente, dirò tutto quello che ne penso intorno al brutto male ed ai rimedii che vi si potrebbero apportare.

Al dispensario approda gente d'ogni colore, infermi acuti e cronici, gravi o lievi, afoni e dispnoici, adulti e bambini, della città e dei paesi vicini!

Ci son di quelli a cui si fa una medicatura e si mandan via: ce n'ha di quelli che si operano e si mandano egualmente pei fatti loro, senza che per esporsi all'aria, al trapazzo, loro incolga malanno. Ma ce n'ha di altri nei quali si può o non si può praticare una operazione, la quale per la sua gravezza non si esegue di proposito nel gabinetto del chirurgo, voglio dire la tracheotomia. D'altronde praticarla in casa dell'infermo, o riesce estremamente difficile in certe contingenze, od impossibile in altre, sia che l'operatore debba a gran pena muoversi in una stamberga priva di aria e di luce, sia che non riesca trovare un assistente abile e disinteressato che rimanga al capezzale dell'operato per sorvegliare l'ulteriore decorso.

Le laringo-stenosi da sifilide, non scarse di numero, presentano urgenti indicazioni alla tracheotomia da un momento all'altro; ma trattandosi di fatti che alla lor volta sono suscettibili a dileguarsi inaspettatamente, la operazione dovrà essere, in proporzione, attuata con la massima sollecitudine o differita, e perfino scongiurata: onde diviene indispensabile sorvegliare l'ammalato.

Chi dirige un ambulatorio, anche con la migliore volontà di questo mondo e sentimenti umanitarii altissimi, non può fare reiterate volte nel corso del giorno una ispezione ad uno, due e forse più infermi, nel loro domicilio, ove i mezzi, l'aria e la luce fanno difetto.

Per rimediare in parte o sgravare la propria coscienza, si fa allora un biglietto di raccomandazione per l'Ospedale, e l'ammalato vien ricevuto di urgenza ed operato agli estremi con massima fretta, senza poter fare la diagnosi in quei tristi momenti, o dovendo contare sulla osservazione terza, quando si ha la preveggenza di scrivere il risultamento della esplorazione laringoscopica. Ovvero, il biglietto resta in tasca, e l'ammalato muore strozzato. Pei bambini del popolo affetti da crup, le cose non vanno meglio. I genitori, poveri artigiani, accortisi della mala parata, prendono i bambini sulle braccia e li presentano al medico, in casa di lui, agonizzanti talfiata od assai malconci. Il dilemma si presenta chiaro e terribile: operare subito, su due piedi (se proprio i fatti stringono), o girare l'ammalato all'Ospedale, correndo il rischio che vi giunga un cadavere. E neppure questo è tutto! La gente del popolo, e quella di

campagna che ha anche minore istruzione ed è piena di pregiudizii, ignora interamente il valore della tracheotomia, e quando apprende che la operazione non è tale da offrire garanzie, preferisce (e con questa malauguratamente anche taluni della classe agiata) di veder morire fra gli strazii di una lenta asfissia la sventurata prole, mentre a Londra la tracheotomia si fa anche malgrado molte contro-indicazioni, ma con uno scopo lodevole, quello di rendere più dolce la morte (1). Se ci fosse un ricovero qualunque per questi infelici, consegnati alle cure intelligenti di persone dell'arte, si potrebbe aver la gioia di ridonare ai genitori, sopra 100 bambini affetti da crup, 20, 10 guariti, ed anche meno a voler essere pessimisti, ma si avrebbe contribuito a diminuire la spaventevole cifra di mortalità per crup, e si sarebbe risparmiata sempre una scena straziantissima che tocca il cuore anche di colui che vi è il più abituato. Praticare spesso una di *quelle operazioni che, come la tracheotomia, non s'imparano punto sul cadavere*, significa rendersene padrone, perfezionare i processi, familiarizzarvisi; significa creare una statistica, e non ripetere, come un atto di fede, quelle straniere; significa accreditarne agli occhi del pubblico, per questa sola ma spedita via, la indicazione. In Napoli, chirurghi eminenti non mancano, e molti formano il nostro orgoglio. La Scuola Napoletana menò sempre vanto di sè, e meritamente; nè io voglio dire che la tracheotomia da noi non si faccia! Ma la si fa men spesso di quanto si dovrebbe, perchè si esita troppo prima di praticarla o stabilirne la indicazione. D'altronde l'atto operativo, richiesto talvolta per casi di estrema urgenza, non può essere tale campo accessibile solo ai più abili chirurghi, anzi dev'esserlo anche pel medico, e chiunque è stato un poco a Parigi ricorda che l'inseparabile compagno del sanitario è « *la troussé à tracheotomie* ». La esitazione nell'indicare il taglio della trachea, si traduce in una esitazione che invade le famiglie, le quali, propense a sperare nelle forze della natura o di certi rimedii falsamente saliti in onore, troppo tardi si accorgono che ad ogni lusinga tien dietro un disinganno. Anzi se ci chiamano agli ultimi momenti e noi diciamo: « non c'è che una sola risorsa... », è la madre che ci toglie la parola ripetendo questo triste ritornello: « non voglio che si *scanni* mio figlio », mentre fuori d'Italia, e forse dovrei dire fuori di Napoli, son le madri che sollecitano ad operare. Io so che certe volte è lo scoraggiamento del medico curante che ispirò l'odio alla tracheotomia, ma comprendo pure che pria di rag-

---

(1) A pag. 90 del bellissimo libro del Mackenzie su la difteria, che io ebbi l'onore di tradurre in Italiano, l'autore in fatti ha scritto questo: « *Alli cuni autori han sostenuto che anche in quelli del tutto disperati* » (cioè i casi gravissimi di crup.) « *nei quali l'infermo sta per morire di dispnea, dovrebbe praticarsi la tracheotomia nello scopo di promuovere la *cutanea*sia* ».



giungere la popolarità del metodo, c'è mestieri di lunga pratica. L'Ospedale, mentre apre le sue porte ai figli del dolore, è il Santuario da cui esce sempre, col battesimo della Scienza, l'opera efficace di abili e convinti operatori. Quando il pubblico saprà che di 100 infermi, vittime di male incurabile, 20 o meno guarirono per merito della operazione, avrà per questa maggiore fiducia, e noi saremo non così spesso spettatori silenziosi di una triste catastrofe.

Nel Settembre dell'anno decorso, in Rotondi (Provincia di Avellino), ci fu una epidemia di crup e difterite così spaventevole, che i genitori non appena si avvedevano che n'erano colpiti i figliuoli, li portavano sulle proprie braccia in Napoli.

Non so come fu declinato il mio nome, ma certo in quei giorni io fui in grande attività ed in grandissimo trambusto: medicava tre, quattro volte al giorno nel mio studio, all'alba, a notte avanzata, varii bambini, e chi guarì e chi fu riportato indietro quasi morente. Quella buona gente che ispirava pietà, chiedeva a mani giunte il veridico pronostico, e quando la speranza cominciava a spegnersi, riconduceva sulle medesime braccia al natio focolare le vittime del fiero morbo. Tra gli altri mi fu presentata una robusta bambina ad otto anni affetta probabilmente da crup laringeo all'ultimo periodo! Forse mancava il tempo di osservarla e completare la diagnosi! Forse mancava il tempo per operarla, o ci erano serie contro-indicazioni! La cianosi era estrema, il rantolo terribile, la paralisi imminente! Io ebbi appena l'agio di dire al padre « subito..... all'Ospedale », perchè l'infelice allora veniva dalla ferrovia e prima di cercare un alloggio avea infilata la mia porta, ed all'Ospedale non fu ricevuta la ragazza che a condizione di dichiararla morta, perchè ogni probabilità di riuscita dell'operazione mancava, ed in effetti pochi momenti dopo la bambina spirò l'ultimo fiato!

Qualche mese indietro una bella ragazza a 3 anni, in preda a crup, che vidi e curai insieme al dott. Guadagni, offriva tutte le indicazioni alla tracheotomia. Il Collega ed io, giunto il momento opportuno, ci scervellammo per decidere il padre a permetterci di operarla, ma inutilmente, e la stenosi la uccise.

Non ha guarì, mi si menò in casa un altro bambino di poco più che 2 anni, direttomi dal prof. Franco. — Versava nelle stesse condizioni, e dopo aver prescritto il cataplasma di ghiaccio, raccomandai che per poco i fatti si aggravassero, si mandasse a cercarmi. Nelle ore pomeridiane di fatti, il padre corre in fretta, ed io nella idea di rendere un servizio a quello sventurato, abbandono le mie consultazioni e corro solo, deciso ad operare.

La camera in cui era ricoverato il piccolo infermo dava nella corte di un palazzo in via dell'Università: una quantità di donnicciuole si accalcava sulla soglia, pronta a mantenere il bambino che dovea esser *focato*. Ma che *focare!*... dico io, bisogna tagliare, ed a que-

ste parole tutti fanno lo sguardo torvo e minaccioso. Insisto, spiego chiaramente lo stato delle cose e quello che bisogna fare, ma il padre se l'era svignata, e la madre, che bisognava interrogare, era anch'essa fuggita altrove. Un momento dopo vien fuori gridandomi contro: « no, no », e le donnicciuole fanno il coro, sicchè io protestando e gridando alla mia volta, me ne torno pei fatti miei.

Ella comprende, egregio Professore, che nella mia qualità di specialista per le malattie della gola, io debba trovarmi spesso in contingenze simili, e scelsi qualche esempio appena per dimostrare, senza stancare la sua pazienza e quella dei lettori, quanto debba essere straziato l'animo di un medico onesto, che vede scendere nella tomba parecchi infermi, senza che sia tentata l'ultima risorsa.

Io ho parlato del crup e della sifilide, ma c'è, come s'intende da sè, un'altra serie di laringo-stenosi che possono svolgersi con la massima gravezza ed in breve tempo (quelle per scottature, ferite, corpi estranei della laringe, quelle per laringiti flemmonose, ecc.), e nelle quali la tracheotomia può rendersi urgente. Casi cioè, simili ai precedenti, i quali richieggono grande sorveglianza dell'infermo, non solo prima, ma anche dopo, perchè nel crup soprattutto, anche supposto splendido il taglio della trachea, senza le più assidue cure consecutive, l'infermo correrebbe rischi grandissimi. Neppure nelle famiglie private si potrebbe ottenere quell'assistenza che il dovere, la umanità, la emulazione, valgono a raggiungere negli Ospedali. Ma come, Ella mi dirà da capo, mancano Ospedali in Napoli? O forse è la tracheotomia mai stata fatta da noi? Dio mi guardi dal bestemmiare così: io anzi colgo la occasione per lodare pubblicamente la premura con la quale dai Direttori di questi Pii Luoghi è stata accolta qualche mia raccomandazione: ma tra il tenere in cura al dispensario un infermo grave, sino al momento in cui non resta che praticare la tracheotomia (e questa, per ragioni indipendenti da chi la consiglia, o potrebbe esser troppo differita od anticipata di molto), ed il tenere lo stesso infermo in luogo sicuro, ben sorvegliato e curato, ci corre un abisso.

Per colmare il quale, il rimedio è agevole; destinare alle malattie di gola una sala a parte; e poi ricoverare in una sezione distinta i poveri bambini affetti da crup.

Così noi pure potremo avere una Statistica di tracheotomie che senza rivaleggiare con quelle di *S. Eugenie* o dell'Ospedale *Enfants Malades* (1), sia superiore a quella scarsa che potrebbero fornire

---

(1) Difatti nell'Ospedale *S. Eugenie* di Parigi dal 1854 al 1875 si son fatte 2312 tracheotomie per crup; in quello *des Enfants Malades*, dal 1861 al 1875, 2351, e più recentemente Mastin nel *Gaillard's Méd. Jour.*, Gennaio 1880, dà relazione di 863 tracheotomie per crup! E sì che malauguratamente non è certo il materiale che manca a noi, nè l'arte!

appena i più eminenti ed esperti chirurghi. In difetto di tutto ciò, noi che vediamo morire (per le ragioni anzidette) senza soccorso tanti bambini, noi dobbiamo arrossire, nè meritiamo il battesimo della civiltà. Noi che predichiamo di questa a destra ed a manca e ci facciamo antesignani di progresso, apostoli della umanità, noi vergognosamente vediamo spegnersi ogni giorno tante vite, parecchie delle quali salvate dalla Scienza, potrebbero dare alla patria nostra artigiani esperti, soldati valorosi! Noi abbiamo la massima buona volontà, ma difettiamo di mezzi, noi che ci vantiamo di saper fare una tracheotomia tanto bene quanto la si pratica a Vienna, a Londra, a Parigi, noi ci vediamo con le mani legate e sentiamo suscitarsi in core una tempesta, tra il dovere e il non poter fare! Ora, perchè cessi questo scandalo, io ho voluto parlare un linguaggio duro, ma che è quello della verità! E per non fermarmi alla diagnosi, dirò due parole sulla cura di questa piaga.

Non vagherò nelle nuvole cominciando dal ricordare che Vienna ha due professori ordinarii per la laringojatria (questo sembrerebbe un ricordo molto a proposito al Ministro d'Istruzione Pubblica); che Londra e Nuova Jork hanno degli Ospedali per le malattie della gola (ciò che per ora sarebbe tra noi una utopia il pensarlo soltanto); ma dirò semplicemente che Milano, nel suo Ospedale Maggiore, ha un ambulatorio per questa branca, e Napoli potrebbe imitare Milano, riservando un limitatissimo numero di letti per quelli che corrono un diretto ed immediato pericolo. — Per fare questo non c'è bisogno di grave spesa, non è mestieri incomodare il Ministero, nè un Ospedale qualsiasi rischierebbe di dichiarare bancarotta. Ma da chi partirà la iniziativa? Potranno queste miserie interessare i Governatori dei Luoghi Pii? Io credo di no: per valutare nel giusto senso le considerazioni che io ho fatte, bisogna sapere cosa voglia dire crup, tracheotomia, laringo-stenosi. — Se la iniziativa, presa privatamente, alla buona, in famiglia, partisse dal petto dei Sanitari preposti ad un Ospedale, noi potremmo rimediare in gran parte a questo sconcio, ed almeno pei casi più salienti e più tristi, Napoli potrebbe salvare l'amor proprio di una grande città, ove gli uomini eminenti non mancano.

Ed ora grazie a Lei, che mi ha permesso di sfogare liberamente: vorrei che questa mia proposta scotesse un po' le nostre fibre, ma qualunque sia per esserne l'esito, io son felice di avermi tolto questo peso che come piombo mi gravava sulla coscienza.

Mi creda sempre

*Di lei devotissimo*  
**Ferdinando Massei.**

(Estratto dal *Morgagni* — Fascicolo di Agosto 1880).

## Afte della laringe.

Questa brevissima osservazione merita riguardo perchè apre la rubrica di un capitolo nuovo tra le laringopatie.

Difatti per quanto io sappia, nessun laringoscopista ha discorso della possibilità di afte della laringe; mentre che le sono comunissime a vedersi nel cavo orale, sulla lingua, sui pilastri e sulle tonsille.

Questi prodotti, che forse per la loro insignificanza sono trascurati dagli anatomisti patologi, consistono in vescicole risultanti dagli strati epiteliali sollevati da un essudato: e per la sottigliezza del rivestimento, agevolmente si disgregano, lasciando in sito una piccola ulcerazione che ha le stesse dimensioni della vescicola originaria.

Ecco ora in due parole la storia di quello, che se io non vado errato, si potrebbe dire il primo caso. Si tratta di una patrizia Signora napoletana, di buona costituzione, in sui 60 anni, la quale non ha sofferto malattie contemplabili, ma è andata invece incontro a gravi patemi. Si ammalò con poca febbre ( $38^{\circ} 1/2$ ) e mal di gola. La vidi sin dal primo giorno, e constatai la presenza di afte sulla tonsilla destra ed i pilastri omonimi. Nel dì seguente, la voce era un pò velata, ed io che pensai ad un concomitante catarro laringeo, credetti superfluo praticare l'esame laringoscopico. Epperò questo essendomi stato richiesto, nel terzo dì, dalla paziente medesima perchè sentiva aumentata la disfagia, mentre le afte tonsillari decrescevano, non ebbi certamente a pentirmene quando vidi che un eguale processo era esteso alla laringe. Tre a quattro macchie bianco-giallette, sparse, come teste di spillo, disseminate sull'aritenoides sinistra e la porzione inter-aritenoides; la mucosa aritenoides e meso-aritenoides notevolmente tumefatte (dove la raucedine). Dopo due altri giorni, con un trattamento locale negativo, tutto rientrò nei limiti normali.

Certamente è difficile in questo caso, in cui faceva difetto ogni notizia etiologica (se ne toglie un lieve infreddamento), precisare quali siano state le peculiari condizioni sotto cui le afte eransi svolte. E sebbene nulla di interessante ci sia a dire intorno alla terapia, essendo succeduta la guarigione spontanea, io ho creduto nondimeno richiamarvi l'attenzione perchè si sappia che le afte possono allignare in un organo che fin oggi si credeva rispettato (1).

(1) La presente, è parte di una comunicazione che io feci al Congresso di Pisa, nella tornata del 24 Settembre 1878.



## VII.

### Mughetto della laringe.

Sono lieto poter aggiungere all' unica osservazione di mughetto della laringe, riferita da Scheff, quest' altra che ebbi occasione di fare la sera del 24 Maggio 1881.

Trattasi di una donna in sui 50, di discreta costituzione, la quale, a quanto racconta la famiglia, ha avuto a patire la seguente iliade di mali: bronco-pneumonite — morbillo — itterizia — orticaria — mughetto. Sono tante successioni morbose che non han dato tregua alla povera paziente, la quale se ora non soffrisse nel deglutire, si crederebbe guarita.

Quattro giorni pria che io la visitassi, comparve il mughetto alle labbra, e si andò man mano diffondendo, perchè quando io giunsi, l'*oidium albicans* avea estese le sue tende alla lingua, al palato duro ed al velo. La crescente disfagia ed il senso di dolore e bruciore nella regione laringea, fecero insistere presso la famiglia uno dei curanti, perchè si praticasse l'esame laringoscopico.

Questo mi rivelò che, sulla epiglottide e le aritenoidi ci erano le note masse bianche, non dissimili da quelle del cavo orale e dell' istmo. Sulle aritenoidi avevano aspetto di membrane cruppali, tanto erano dense, fitte e rilevate. La interna cavità era libera, ma molto arrossita; punto edematosa. La parete posteriore della faringe era normale, rosea, e la trapiantazione avea avuto luogo per i pilastri ed i ligamenti glosso-ed ari-epiglottici. La voce ed il respiro erano normali. — Prescrissi polverizzazioni frequenti con:— Acqua distillata ed acqua di calce ana. gram. 50. — Borace gram. 2. — e seppi che l'inferma subito migliorò.

Le considerazioni pratiche che naturalmente scaturiscono da questo caso sono le seguenti:

1.° Il mughetto della laringe è fatto possibile, ma eccezionale. Malgrado lo sviluppo che la laringoscopia ha assunto, le osservazioni sono ancora numerate.

2.° Sembra vero che le regioni provviste di epitelio vibratile proteggano i tessuti dallo sviluppo del mughetto. Il parassita, nel caso nostro, erasi arrestato alla periferia dell'organo.

3.° Il mughetto della laringe è una forma benigna. Il rossore della mucosa limitrofa è intenso, ma non ci ha edema nè laringostenosi.

4.° L'esame laringoscopico non deve omettersi nei casi di mughetto, per constatarne o negarne la diffusione. La integrità della voce e del respiro non ne escludono la possibilità, mentre le molestie provocate dalla malattia in altra sede, potrebbero confondere ed eclissare quella dovuta alla diffusione laringea.

5.° Sinora il mughetto della laringe è stato sempre osservato come diffusione del mughetto orale.

(Dal Giornale: *Archivi Italiani di Laringologia*—Anno I: fasc. 1  
Luglio 1881).

## VIII.

### Ancora sul mughetto laringeo.

Posteriormente a questa osservazione, io ebbi agio di farne una altra interessantissima, la quale viene a modificare notevolmente le conclusioni 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> della precedente nota. La racconterò in breve.

Il 5 Agosto, corrente anno, fu portato nel mio gabinetto un bambino di 9 mesi circa, sparuto, dilicato, linfatico, il quale era in preda a grave laringostenosi. Si chiama Renna Giuseppe, è figlio di uno stalliere e nativo di S. Angelo a Scala (Provincia di Avellino). Presente trovasi, per caso, l'egregio dottor Somma Giuseppe.

La mamma racconta che da 4 giorni il bambino ammalò di febbre e mughetto, e da 2 di cominciò a patire ostacolo alla respirazione; ostacolo che andò man mano aumentando, sino al punto in cui lo vedemmo. La cianosi, il raffreddamento degli estremi, il forte stridore inspiratorio, il rientramento dell'epigastrio, la depressione della trachea, ci fecero (anche prima dell'esame) temere di urgenza la tracheotomia. E fu mio primo pensiero esplorare la regione anteriore del collo per assicurarmi che anche malgrado la tenera età, la tracheotomia poteva eseguirsi con molti dati di probabilità.

Nel solco labio-gengivale superiore era evidente il mughetto con le sue note caratteristiche. Il resto del cavo orale, l'istmo, erano normali. Deprimendo fortemente la lingua, la epiglottide appariva coinvolta da un essudato bianco, denso, simile al cruppale.

Ricordandomi ciò ch'era risaputo nella scienza, in fatto di mughetto, giudicai a prima giunta che niun rapporto esistesse tra le masse caratteristiche del labbro, e la laringite, e pensai al crup. Volli fare il cateterismo laringeo, ed uncinando coll'indice sinistro la epiglottide, introdussi in cavità un catetere Inglese N° 11. Nel primo tempo udì il soffio dell'aria, ed era certo di esser penetrato nella laringe; ma ne cominciai a dubitare tosto che mi accorsi che la respirazione attraverso il catetere era notevolmente ostacolata. Lo ritirai, e negli occhielli del medesimo trovai gran quantità di essudato bianco, all'aspetto caseoso, facilmente distaccabile, che non era punto il cruppale, e che subito compresi esser fatto dall'*oidium albicans*. Ripetetti la manovra 3 o 4 volte, incoraggiato da un istantaneo miglioramento, ed il bambino uscì di casa sollevato ed in discrete condizioni. Poche ore dopo, il miglioramento era anche più accentuato, e nel dì seguente si poteva dire mutato in guarigione.

La rapidità del corso favorevole venne a confermare la diagnosi, e l'esame obiettivo mi mostrò spoglia interamente la laringe.

Ora, le deduzioni cliniche che naturalmente scaturiscono, sono di grave momento. Credo compendiarle così:

1.° Tra le stenosi acute della prima età, deve entrare nella diagnosi differenziale la possibilità di un mughetto laringeo. È mestieri attentamente sorvegliare se trattasi di accidentale complicità del mughetto orale con un crup laringeo, o di una diffusione di quello. Il criterio dell'età può giovare entro certi limiti, purchè ci siano segni di mughetto della bocca.

2.° La stenosi, nei casi di mughetto laringeo in bambini di tenera età, pare dipenda da accumulo dei prodotti morbosi, e non da tumefazione delle parti, giacchè allontanati quelli, la stenosi è vinta. La protettività dell'epitelio vibratile resta per lo meno equivoca.

3.° Nei bambinelli, la benignità della malattia può esser compromessa dalla laringo-stenosi; ma questa cede prontamente ai mezzi meccanici, ed il cateterismo laringeo si raccomanda da sè.

4.° Pediatri e laringoscopisti, richiamata l'attenzione sul fatto, hanno il debito di continuare questi studi, e credo che la statistica si arricchirà presto di osservazioni consimili.

(Dagli *Archivii Italiani di Laringologia*—Anno I; fasc. 2. Ottob. 1881).

---



### A proposito di un interessante caso di edema laringeo.

Malgrado tutto quello che si è detto onde rafforzare che l'edema laringeo è quasi sempre sintomatico di altre lesioni svolte nella laringe, esso occupa nei libri di patologia e di clinica, un posto distinto. La gravezza e l'analogia dei fenomeni cui questo processo dà luogo, la estesa etiologia e la frequenza, han sempre più giustificato il compito di uno studio separato, e la letteratura antica e moderna, relativamente ad un tale soggetto, si possono dire ricchissime.

Noi però siam di credere che si ebbe torto non già in tracciare capitoli distinti di una affezione che riconosce sempre una ragione di sua esistenza in un altro fatto morboso, ma di confonderne le cause, fare un fascio dell'edema sintomatico di altre lesioni laringee e di quello dovuto a dissesti di sedi o tessuti differenti, falsandone per tal guisa il concetto anatomo-patologico, e designando il più delle volte, senza ragione, l'effetto per la cagione.

Se ciò era scusabile in un'epoca in cui la diagnosi di un morbo laringeo fondavasi interamente sui poco fedeli sintomi funzionali, oggi in virtù di una diretta ispezione laringoscopica noi vorremmo veder rifatto questo capitolo; e ci pare che senza sopprimere la rubrica, si debba limitare il significato dell'edema laringeo a quelle forme in cui rappresenta esso tutta, o la più interessante parte del reperto anatomico.

Quando noi ad esempio ci facciamo a studiare un'ulcera svolta in prossimità di tessuti in cui il cellulare è lasso e si lascia con la massima facilità infiltrare, è chiaro che riferiremo all'edema collaterale la tumefazione che la circonda o la nasconde; supponiamo ad esempio l'ulcera del ghiande, ed ecco edematoso l'intero prepuzio fino alla fimosi. Ma non perciò noi diciamo che si tratta di un edema, chè anzi da questo epifenomeno rimontiamo alla origine, e quand'anco nol vedessimo, supponiamo il processo ulcerante che le parti edematose nascondono. Or perchè mai in una pericondrite, in una laringite ulcero-tuberculare od ulcero-sifilitica, nella laringite da pustole di vaiuolo, nel carcinoma della laringe e via dicendo, dovremmo noi imporci di un fenomeno che piglia il sopravvento, l'edema collaterale, e designare poco esattamente le sole conseguenze? E dico poco esattamente perocchè appunto nei casi citati si

tratta più di una infiltrazione siero-purulenta anzichè di vero edema. Questa nota anatomica rientra naturalmente nel processo principale, l'etiologico, perocchè noi non sapremmo immaginare l'ulcera, la pustola e la tumefazione degli elementi della cartilagine e del pericondrio senza l'indispensabile corteo della tumefazione secondaria. Ma quando invece non è più possibile trovare nel sito il movente dell'edema, e questo vuol essere riportato ad una precessa flogosi od a sbilanci sierosi per dissesti di circolazione o discrasia idropigena, allora la cosa cambia di aspetto, e tuttochè l'edema non cessi dall'essere un fatto sintomatico, esso si eleva a segno da poter meritare una denominazione a parte, come appunto noi faremmo se nell'esempio prescelto, non riscontrassimo l'ulcera al ghiande, ma albumina nelle urine od un tumore che premendo i grossi tronchi collaterali impedisse il libero deflusso delle vene di quella regione.

Però ci sono davvero edemi idiopatici, autonomi, o primitivi come meglio si dice? Anche qui bisogna bene intendersi; e già è risaputo che l'edema in patologia non si può considerare se non come secondario. Nondimeno l'edema primitivo della laringe, convenzionalmente significa quello che si sviluppa in assenza di precedenti lesioni, e sotto questo rapporto lo si ammette, tuttochè infrequente, da molti.

Quel gran clinico che era il Trousseau, ne ha lasciati esempi splendidi nel suo dotto libro (1), ed il Tobold pure (2), il Krishaber ed il Peter (3) li han confermati (4).

Le cause che indipendentemente da qualsiasi pregressa lesione possono provocare la forma primitiva dell'edema laringeo sono le seguenti: 1° l'azione del freddo e certe influenze atmosferiche; 2° le scottature in seguito a passaggio di liquidi bollenti in prossimità della superiore apertura laringea; certe manovre chirurgiche o le inalazioni di vapori irritanti; 3° la propagazione di una flogosi intensa dalle parti esterne e più alte (parotite (5), glossite, tonsillite, faringite); 4° i traumi sulla regione del collo; 5° la metastasi nella erisipela del volto (6); 6° le stasi capillari nelle parti flogosate (scarlattina nel periodo di desquamazione, tifo nello stadio di convalescenza, scorbut, morbo di Bright, lesioni del collo); 7° tutte le

---

(1) Clinique médicale. — 1° vol. 3<sup>a</sup> ediz. 1868 (V. Angine laringée edémateuse).

(2) Die chronischen Kehlkopfskrankheiten — Berlino 1866.

(3) Dict. Encycl. des sc. médicales.

(4) Oggi, questi andrebbero però meglio classati in quella forma che si dice *laringite flemmonosa*.

(5) Friedreich.

(6) Buda, Wasson, Pitha.

discrasie idropigene; 8° gl'intoppi meccanici della circolazione, specialmente l'impedito deflusso delle vene laringee (tumori della laringe e del collo, cicatrici, aneurismi ecc.).

L'azione brusca e prolungata del freddo o le influenze dei rapidi passaggi di temperatura possono, determinando una forma anginosa grave e la propagazione alla laringe, suscitare l'edema laringeo. Tale è il caso riferito da Trousseau di quell'uomo tra' 38 e 40 anni che ubbriaco, avendo dormito tutta una rigida notte d'inverno sulla pubblica via, l'indomani ricoverò nell'*Hôtel-Dieu* co' sintomi dell'angina laringea edematosa. Ma l'azione del freddo, non destando una intensa flogosi, può indurre meno tumultuariamente l'edema senza grave risentimento flogistico e come stasi e trasudazione nella mucosa delle corde, com'è appunto il caso del quale andrò a discorrere. Mi è piaciuto mettere accanto a questo possibile agente morboso certune influenze atmosferiche, perchè voglio alludere alle forme di laringiti stridule nei bambini. È l'analogia dei sintomi che mi ha guidato a ravvicinare questi due processi, e mentre mi riserbo ritornarvi sopra più oltre, mi affretto a notare che sembra assodata la loro sopravvenienza nelle stagioni invernali, rigidissime, forse coincidentemente con un eccesso di ozono nell'atmosfera.

Lo stesso Trousseau ricorda, in bambini, casi di edema laringeo per scottature; più frequenti in Inghilterra, nell'America del Nord ed in Russia (1) ove il thè è bevanda comunissima, gli è a caso, accostando al becco della tejera le labbra e sorbendone l'acqua caldissima, che secondo il valoroso clinico dell'*Hôtel-Dieu*, si determinerebbe quel grave accidente. Nè dissimilmente agiscono i caustici, gli acidi minerali, a caso o volontariamente ingoiati, o le applicazioni elettro-termiche (2) per uno scopo curativo.

Infine la influenza dei traumi, delle idroemie, delle flussioni e così via, e troppo risaputa perchè avessimo a riferire ulteriori dettagli onde viemeglio rischiarare la patogenesi dell'edema laringeo.

Dopo tutto ciò rimane la questione di nomenclatura, discussa pur essa alla sua volta. E tralasciando di fermarci sui nomi con cui si designò l'edema laringeo, quali angina laringea edematosa, laringite sotto-mucosa (3), infiltrazione laringea (4), nomi poco esatti o troppo vaghi, ricorderemo la spietata guerra che dai moderni s'ebbe la denominazione di edema glottico: era un errore il supporre edematoso uno spazio, ed il riportare costantemente la malattia ad una

---

(1) Jameson. V. Dublin Quarterly Journal, febbraio 1848, e Lailler da Gubler (citaz. del Trousseau).

(2) Mackenzie. Essay on Growths in the Larynx.

(3) Trousseau, op. cit.

(4) Jaccoud. Traité de pathologie interne.

sede che non era al certo la più frequente. Ad evitare equivoci si sostituì una denominazione più esatta tuttochè più generica, *edema laringeo*, ed oggi la si accetta generalmente.

Epperò dal punto vario su cui l'edema si attua, la denominazione potrebbe cangiarsi da una generica in una più precisa, nè pare poi strana cosa il volere con lo Jaccoud (op. cit.) distinguere almeno un edema sopra-glottico (il più frequente); il sotto-glottico (tessuto sotto-mucoso, sotto le corde vocali), raro; ed il glottico propriamente detto, quando occupa le corde vocali inferiori; giacchè convenzionalmente, senza negare che la denominazione sia talora inesatta (come quella di edema glottico), essa però potrebbe riserbarsi per una sotto-sezione, e richiamare alla mente se non la sede, piuttosto la regione presso cui l'edema si è svolto.

Ora, il punto che l'edema può occupare ha gran parte nella variante dei sintomi, e rispettando certe funzioni, attaccandone troppo da vicino altre, sarebbe causa di errori diagnostici stranissimi, se il laringoscopio oggidì non ci tirasse d'impaccio. È per convalidare adunque queste poche idee intorno alla etiologia ed alla sede dell'edema laringeo, che mi decisi a pubblicare una storia interessantissima nel genere, ed anche poi per il favorevole esito riportato, che sarà certamente di sprone ad accreditare un trattamento locale per quanto noto, altrettanto poco sperimentato presso di noi.

Ecco la osservazione:

Domenica Liguori di Napoli, di anni 43, maritata, di robusto scheletro ma decaduta alquanto in nutrizione ed isterica, si presentava il 19 giugno p. p. in mia casa per essere curata di grave laringostenosi lentamente stabilita da non più che 20 giorni.

Assente in lei ogni sintoma di sifilide costituzionale o qualsiasi lesione riferibile ad altri sistemi, ricordava solo come perfettamente sana di voce e di respiro, 20 giorni innanzi avea bevuto dell'acqua freddissima, mentre il corpo era in piena traspirazione. Da quel dì la voce si mutò e la dispnea lentamente si stabiliva fino ad accrescersi notevolmente. Difatti quando io la vedeva, il caratteristico stridore laringeo si sentiva anche dopo che l'inferma era stata in riposo, e sebbene intensissimo nell'atto inspiratorio, si continuava nondimeno, mitigato, durante la espirazione. Inutile aggiungere che negli esercizi corporei esagerati e nel sonno il rumore aumentava. Il sonno era interrotto da frequenti e gravi accessi di spasmo glottico.

La voce non si può dire gran fatto alterata; il timbro n'è modificato, fin quasi ad acquistare una risonanza nasale, ma non poteva parlarsi di raucedine e molto meno di afonia.

Per la brevità e la frequenza dell'atto inspiratorio, nè potendo perciò fornirsi la paziente di discreta quantità d'aria in una volta, la deglutizione era ostacolata e si compiva per rapidi e frequenti movimenti.



L'ascoltazione polmonare rivelava da una parte la propagazione dello stridore laringeo, dall'altra la debolezza del fremito nella maggior parte dell'ambito toracico, indizio della grave stenosi, e verso le basi posteriormente, qualche rantolo di incipiente edema.

La regione del collo appariva tumida per l'impedito deflusso delle giugulari, il volto stesso avea colore sub-cianotico. — La porzione extra-toracica della trachea presentava quella fovea che nelle laringostenosi ingenera la prevalente pressione atmosferica esterna, ed il tatto notava quel particolare fremito che non manca mai tutte le fiate che l'aria passa a stento tra canali impiccioliti nel loro calibro.

*Ispezione laringoscopica.* — Dall'apertura superiore alle vere corde, la cavità si poteva dire normale, se ne toglì un lieve rossore, senza tumefazione di sorta. Invitata l'inferma ad inspirare, lo spazio glottico, pur conservando la forma di un triangolo isoscele, non misurava alla sua base che mezzo centimetro tutt'al più: e ciò non già per difetto di abduzione delle corde od aderenze, ma perchè lo scarso strato mucoso dei ligamenti vocali, era tumefatto e distaccato dal sottostante tessuto fino ad occupare la maggior parte dello spazio glottico. Erano quasi due vesciche natatorie, di color grigio-rosso, in mezzo a cui a stento si riconosceva il colore bianco-perlaceo delle corde. — Nella fonazione il ravvicinamento era completo e si poteva meglio studiare l'aspetto fosco della mucosa colpita da edema. È superfluo aggiungere che non c'era traccia di ulcerazioni, tumori o tumefazioni prossime, ovvero momenti che richiamassero altrove l'attenzione.

Se dunque dai segni funzionali la diagnosi di una laringostenosi già sorgeva evidente, l'esame laringoscopico ne rischiara la cagion vera, e ci istruiva di un edema laringeo o meglio di edema circoscritto alla mucosa delle vere corde, a livello dello spazio glottico (edema glottico), indipendente da altri processi morbosi svolti nelle laringe stessa. Era dunque un edema primitivo ed un vero edema col quale avevamo a fare. E percorrendo tutta la storia anamnestica, un sol momento etiologico restava ad esser menzionato, l'aver cioè quella donna circa 20 giorni prima (a partire dal qual punto la triste scena era cominciata a svolgersi) bevuto dell'acqua fredda mentre il suo corpo era in grande traspirazione. Noi, che non potemmo assistere all'inizio del morbo, non sapremmo affermare se in principio ci sia stata forte reazione flogistica, ma è certo che quando la prima volta osservammo la paziente, l'edema era limitato come già dicemmo alle corde, e tutta la cavità libera, e senza presentare le note di una intensa iperemia. Una lesione quindi ben limitata era capace d'indurre la più grave laringostenosi, ed invano si sarebbe aspettato diagnosticare col tatto la tumefazione della epiglottide e dei legamenti ari-epiglottici, senza che il laringoscopio fosse venuto a torci da ogni imbarazzo.

Io non spenderò che poche parole per spiegare la lieve disfonia ; anzi basterà solo ricordare che se il mezzo vibrante era accresciuto in superficie e spessore, esso non faceva certamente difetto, e la colonna d'aria espirata continuava ad esser sonora perchè le labbra delle ancie limitanti persistevano, rappresentate dai bordi della mucosa staccata dal sottostante tessuto. Altrettanto noi sogliamo riscontrare in casi di neoplasmi diffusi, i papillomi ad esempio, pei quali talora la voce non subisce che lievi cangiamenti, ed una plausibile spiegazione è appunto quella che ammette la colonna d'aria espirata riescire sonora, perchè i bordi liberi del neoplasma la limitano, in sostituzione dei margini del glottide — e non di rado tu vedi che la voce si perde a misura che per uno scopo terapeutico si procede nella demolizione, sino a che, questa espletata, non rientri tutto nelle condizioni normali. Così la grave afonia che si verifica per semplici laringiti, riceve, come io altrove scrissi, una plausibile spiegazione nell'edema collaterale, che imbevendo i muscoli, induce paresi degli stessi — ond'è che il volere attribuire, come si fa dalla maggioranza, i dissesti fonici alla ostacolata vibrazione delle corde per aumentata densità del mezzo vibrante (iperemia), è un grave errore, e la conferma si ha appunto nel fatto da me citato, cioè che la disfonia era più che lieve, malgrado l'edema fosse massimo. Ora, prima di chiudere quest'argomento, se per poco riflettiamo alla scena sintomatologica della laringite stridula, noi non potremo che convenire sulla massima analogia ch'essa presenta con l'edema circoscritto esclusivamente alle corde vocali. — Dispnea continua, a cui si aggiunge di frequente lo spasmo — quasi integrità della voce e del timbro della tosse — lungo decorso. E già i più accreditati autori convengono nel ritenere la laringite stridula una semplice laringite, che svolta in giovani soggetti, nei quali il glottide presenta ben rudimentali dimensioni, è causa della laringostenosi. — Ma poichè malauguratamente, per gli ostacoli che la età in cui a preferenza la malattia si attua presenta alla ispezione laringoscopica, noi dobbiamo starcene tuttora ad ipotesi, io vorrei quì incidentalmente avanzarne una, giustificata dalla clinica, cioè che nella laringite stridula si tratti appunto di edema della mucosa delle corde vocali, circoscritto, e l'elemento nervoso sia la conseguenza fisiologica della necessaria stenosi. — Ond'è che mentre da un lato la distinzione dallo spasmo glottico (a torto da taluni autori confuso con la laringite stridula) risulterebbe chiara per la costanza della laringostenosi nell'una, e la intermittenza del fenomeno nell'altra ; dal punto di vista terapeutico si potrebbero tirarne conclusioni più esatte, vista la impotenza a cui la medicazione antispasmodica è condannata nella cura della laringite stridula.

Ed ora poche parole intorno alla cura dell'edema laringeo.

Questa può bene dirsi rappresentata da tre periodi — uno antico

nel quale la indicazione si poteva tutta riassumere nella rivulsiva ;— un secondo di transizione per cui si tentava una medicazione topica astringente,—ed il terzo recentissimo, fondato esclusivamente sulla diretta ispezione. Di qui la rinomanza che ebbero i drastici, i vessicatorii, le pomate irritanti, i senapismi, e più tardi le insufflazioni o le inalazioni di tannino o di allume, senza tener calcolo della medicazione etiologica e sintomatica indicata nei casi speciali, la sudazione cioè da un lato, in talune circostanze, ed i calmanti per sedare lo spasmo dall' altro.

Ma scoraggiati il più delle volte i pratici del poco o niun vantaggio di una medicazione problematica o lenta , ricorsero alla diretta scarificazione, ed or con l'unghia, sulla guida del tatto, or con coltellini bottonati o coverti, cominciarono a tentare il salasso dei punti più accessibili, quali la epiglottide ed i ligamenti ari-epiglottici, pur confessando che il risultato era poco soddisfacente tutte le volte che si trattava di una infiltrazione siero-purulenta per cui non si apriva che ben limitato varco allo essudato. Senonchè il laringoscopio , mentre in epoca posteriore forniva nozioni più esatte intorno alla sede ed al processo, è divenuto la guida più sicura per l'attuazione del più razionale rimedio, il salasso locale. Ed è appunto ciò che più di frequente, con mano franca e sicura, con scaricatori curvi a lama nascosta o no, noi oggidì pratichiamo, e con risultati molto più soddisfacenti.

Per vero, nel caso in questione, anche io provai nel primo giorno inalazioni ed insufflazioni astringenti, ma poichè 24 ore dopo le cose eran poco mutate, mi decisi ad incidere ampiamente quella mucosa tumida, e con lo scarificatore del Mandl , sulla guida del laringoscopio, presente il prof. Camerario, praticai il taglio. Più che siero venne fuori sangue stasico in gran copia, e fu un momento solenne quello in cui, per la tendenza a discendere in trachea, esso ostacolava viemmaggiormente la libera respirazione. Pure a capo di un quarto d'ora la calma subentrava e questa volta decisamente, perocchè segnò la guarigione. Internamente amministrai 2 grammi di cloradio, nè trascurai posteriormente le insufflazioni di acido tannico. Lo stridore andò man mano cedendo , la respirazione diveniva per gradi meno laboriosa, i rantoli dell'edema polmonare si dissiparono, e così il pericolo di una imminente tracheotomia era, e fu per sempre scongiurato.

Coincidentemente l' esame laringoscopico rivelava una retrazione della mucosa , sì che le corde assumevano color grigio sporco, ed un' ampiezza maggiore dello spazio glottico , il quale di giorno in giorno si avvicinava alle normali dimensioni. Noto solo per mera curiosità scientifica chè, vuoi per la preesistita alterazione, vuoi per eccessiva irritabilità del sistema nervoso di quella donna, lo spasmo



glottico si prolungò con accessi notturni per qualche altro giorno, anche quando la laringostenosi si poteva dire guadagnata. Mi sembra superfluo, ma non fuori di proposito aggiungere, che là ove tutte queste pratiche non avessero indotto positivo miglioramento, io, senza ulteriore indugio non potevo non ricorrere alla tracheotomia, mezzo estremo, che non si deve perdere mai di vista nella cura dell'edema, siccome di ogni altra laringostenosi da qualsivoglia causa provocata.

Da ultimo, poichè nel corso di quest'articolo accennai al concetto anatomico della laringite stridula, mi sia permesso intercalare qualche mia considerazione intorno alla cura di una malattia tanto interessante nella prima età. Tutti sappiamo la serie sterminata dei rimedii proposti, e tutti più o meno conveniamo sulla poca utilità loro. Almeno per conto mio, benchè non avessi avuto a lamentare alcuno insuccesso in quanti infermi di laringite stridula ebbi a curare, mi sono convinto che raramente la guarigione si verifica prima del ventesimo giorno. Ora, supposta vera la ipotesi che ho fatta dell'edema circoscritto alle corde, che cosa sperare dobbiamo dal bromuro e dal cloratio, dal muschio, dal diacodio, dalla belladonna, in una parola dalla intera medicazione antispasmodica, se non un effetto puramente palliativo? E l'emetico sarà prudenza amministrarlo od interdirlo? Il sanguisugio pare che talvolta arrechi sollievo, ed io concludo accennando che se nei casi in parola mi vedessi obbligato alla tracheotomia, io non esiterei a provare prima le scarificazioni della cavità laringea per le vie naturali, forse anco sulla guida del laringoscopio. Per vero in un caso di un bambino a 3 anni, mi riuscì praticare dei diretti toccamenti con percloruro di ferro, il che vuol dire che con arte e pazienza, anche gli ostacoli che la età presenta possono venire superati. In somma, io vorrei che questo mezzo curativo, tanto nell'edema che nella laringite stridula guadagnasse sempre più terreno e fiducia, in vista dei segnalati servigi che può rendere in pratica.

(Dallo *Sperimentale*, Settembre 1875).

---



### Contribuzione allo studio delle nevrosi laringee.

Il capitolo delle nevrosi laringee di senso, anche nei trattati più moderni di laringopatie, è tuttora il più sfruttato; e la questione terapeutica è molte volte quello scoglio contro cui si rompono tutti i tentativi, i più razionali.

Gli è per queste ragioni che ho creduto interessante di pubblicare tre casi del genere e che tenterò di mettere in relazione tra loro con qualche breve considerazione.

La sensibilità della mucosa laringea deve distinguere in *comune* e *riflessa*. La prima detta pure *sensibilità generale*, la si riconosce allo spasmo, il quale segue ad una eccitazione locale di carattere brusco. Così, agendo sopra un punto limitato della mucosa a scopo sperimentale o terapeutico, con sostanze caustiche o corrosive, si riesce a risvegliare tutta la scena tumultuaria che deriva dalla occlusione convulsiva: inspirazioni rumorose più o meno prolungate si succedono le une alle altre, la mucosa rimane dolorabile per qualche tempo, ma, e ciò si noti bene, nè ci ha tosse, nè sono turbati i movimenti di espirazione.

La sensibilità riflessa invece, si riconosce alla tosse violenta ed aspra che consegue ad una eccitazione locale di carattere mite. Che una sola goccia di acqua si faccia cadere in laringe durante la inspirazione, ed allora eccitati i soli muscoli espiratorii ne deriverà parimente un movimento convulsivo annunciato dalla tosse, mentre le inspirazioni alquanto difficoltà in principio ritornano presto ad essere normali.

Ad uno stimolo energico conseguita dunque spasmo e dolore locale; ad uno mite, vellicamento e tosse. Questa legge fisiologica riceve una controprova nelle laringopatie; nelle quali vediamo spesso in campo e prevalentemente, l'uno o l'altro fenomeno, non solo come conseguenza di lesioni organiche, ma altresì siccome espressione di dissesti funzionali, quelli che come dicemmo s'intitolano nevrosi laringee di senso. Le quali, in virtù di quel pò che abbiamo detto, debbono suddividersi in: iperestesia ed anestesia della sensibilità riflessa; iperestesia ed anestesia della sensibilità comune.

Con la presente comunicazione intendiamo apportare un lieve contributo unicamente a quelle forme di iperestesia della sensibilità ri-

flessa che, per nulla riferibili a lesioni materiali dell'organo della voce, del resto del tratto respiratorio o dei centri nervosi, si annunziano con una tosse pertinace e secca, la quale assume non raramente i più bizzarri caratteri e non ha che due soli esiti: il perennamento con un metro monotono ed invariabile; la guarigione pronta e quasi miracolosa in più favorevoli circostanze.

Un caso fortunatissimo del genere è capitato alla mia osservazione nell'ottobre ultimo. Trattasi di una giovane a 24 anni, la Signorina A. P. di Maratea, nubile, di gracile sviluppo, dismenorroica, e nella quale per lo addietro vi erano stati varii accenni di isterismo, sino a che l'anno decorso ebbe delle convulsioni che si ripetevano due volte al dì. Da 5 anni ella era afflitta da una tosse secca, superficiale, abbajante, frequentissima, che la molestava giorno e notte, e più forte nelle ore della sera. Stanca dalle sofferenze che nessun trattamento (suggerito da valentissimi clinici Napoletani che più volte a bella posta recossi a consultare), era giunto ad alleviare, ella si diresse a me per la esplorazione laringoscopica. Non notai altro che un leggerissimo catarro laringeo con esfoliazione epiteliale lungo il *filtrum ventriculi*. Il cuore, i polmoni, i bronchi erano in eccellenti condizioni: nulla che accennasse a pressione sui ricorrenti od a lesioni del sistema cerebro-spinale. Nulla fuorchè la tosse, quel pò d'iperemia della laringe e l'isterismo. Dunque la conseguenza più logica, in assenza di ogni altra lesione, era di riferire quel molesto fenomeno ad una iperestesia della sensibilità riflessa della mucosa laringea, cioè ad un perversimento della sensibilità delle terminazioni del laringeo superiore, per cui l'aria respirabile istessa si traducesse in uno stimolo eccitatore della tosse; iperestesia, perversimento della sensibilità che bene poteva essere, a similitudine di una iperestesia cutanea, la espressione dell'isterismo.

La Signorina avea seguito varii trattamenti, il tonico e l'idroterapico compresi, senza veruno immegliamento. Con la diagnosi da me fatta, la indicazione scaturiva naturale: modificare la sensibilità della mucosa laringea — e questo misi in pratica con le polverizzazioni di morfina (idrociorato di morfina 20 centigr. — acqua distill. gram. 100); e qualche tocco, ora con glicerolato di tannino, ora con una lasca soluzione di nitrato d'argento. L'effetto fu meraviglioso: la tosse sin dopo la prima medicatura si moderò per frequenza, e dopo 5 o 6 sedute scomparve quasi interamente sì che l'inferma sospese la cura: la rividi dopo qualche altro giorno perchè ci era qualche accenno al molesto fenomeno, accenno, che dopo due o tre altre medicazioni interamente scomparve.

La tosse di 5 anni di data, era dunque miracolosamente guarita: un trattamento locale semplice e blando, ma certamente razionale. avea con esattezza matematica risposto allo scopo che ci propone-

vamo, e perciò stesso confermava il giudizio che avanzammo su quella ostinata infermità. Nè qui può credersi ad una guarigione spontanea e quindi ad una coincidenza capace di trarre in errore, giacchè il miglioramento fu graduale, l'inferma abitava già da più giorni Napoli, e nè questa, nè altre fiato il cambiamento di aria avea arretrato il benchè minimo sollievo, e noi avemmo cura di far sospendere ogni medela, raccomandandole, dopo, la idroterapia che fu benissimo tollerata.

Se dunque la interpretazione era esatta ed il criterio terapeutico la venne a confermare, noi possiamo con ragione dire che certe volte la tosse, epifenomeno di tanti e svariati processi morbosi indovati lungo il tratto respiratorio ed anche fuori, possa esser dovuta eziandio ad una iperestesia della mucosa laringea, come di sopra dicemmo, e meritare in tal caso l'aggiuntivo di *tosse nervosa* che tanto volentieri si trova in bocca a taluni pratici, i quali ne disconoscono sovente la vera cagione, soprattutto le incipienti e centrali lesioni del parenchima polmonare.

Tutto ciò era certamente risaputo: io non ne dubito: questa storia quindi non è nuova, ma è interessante per il risultato che ne ebbi; anzi poichè i casi del genere se non rari, non sono molto frequenti, mi permetterò riferire ancora in breve due altre osservazioni. In una il trattamento locale del pari che il generale fece cattiva prova: e ciò malgrado, il bizzarro carattere che assumeva la tosse, il lungo decorso, non lasciano alcun dubbio sulla sua patogenesi, che a mente mia, dovea dirsi la stessa di quella che ho espressa.

Ecco i fatti:

Nel marzo 1876 il prof. Cardarelli gentilmente mi fece invitare per osservare la laringe del signor A. giovane a 14 anni, il quale era affetto da molesta tosse. Era un ragazzo linfatico, ma bene sviluppato, il quale nulla avea nei polmoni o nei bronchi che spiegasse il fenomeno: e da lunghi mesi, ogni giorno, dalle 8 alle 10 del mattino era assalito da 50 a 60 accessi di tosse (numerati scrupolosamente dalla famiglia), secca, conquassante, violenta e tale da obbligarlo ad oppoggiarsi alle mura, o saltar dalla sedia se per caso si trovasse assiso.

La laringe era sana, piuttosto anemica.

Si seguiva da lunga pezza la cura analettica, era stato dato bromuro, cloralio, morfina, belladonna, chinina a dosi alte; si era fatto inalare etere, cloroformio; si era consigliata la senapizzazione, l'idroterapia, il cambiamento d'aria, e niente era giunto a scemare questi accessi che misuravano monotonamente ogni giorno da 50 a 60. Dopo le 10 del mattino il giovanotto non dava nessun colpo di tosse: parlava bene e non affannava: mangiava e dormiva tranquillamente.



Credetti anch'io ad una iperestesia della sensibilità riflessa, ma nè io nè altri poteva dire perchè la tosse doveva comparire costantemente ed esclusivamente in quelle ore. Pure nella lusinga di tentare ciò che fino allora non erasi fatto, ed appoggiato dal prof. Cardarelli, che lo desiderava, lasciai fare per 7 volte delle inalazioni, praticai dei toccamenti con tannino, ed iniezioni ipodermiche di morfina nella regione anteriore del collo. La tosse non si modificò nè punto nè poco—anzi seppi dal padre che rividi or son varii mesi, trovarsi il povero giovane sempre nelle stesse condizioni (1).

Avrebbe un trattamento più lungo, e forse le inalazioni di morfina (chè allora non usai la morfina se non per via ipodermica), fatto raggiungere la guarigione? Io non posso affermarlo, anzi ne dubito, perocchè quando il trattamento locale in casi simili tende a buoni risultamenti, non tarda a mostrarlo; ma sembra chiaro, da questa come dalla precedente istoria, che bisogna ammettere in certe contingenze esclusivamente nella laringe il punto di partenza della tosse, e quando il laringoscopio non rivela lesione apprezzabile gli è ad una nevrosi che bisogna pensare (2).

L'ultima osservazione poi si riferisce ad una bambina di 8 anni che nel corso del mese di febbraio del corrente anno, mi diresse pure il sullodato prof. Cardarelli.

Questa ragazza robusta, di Cava dei Tirreni, era da due mesi affetta da tosse, la quale però compariva sol quando l'inferma cercava di assumere una posizione orizzontale, e quindi lorchè andava a letto. Erano accessi di tosse aspra, sonora, secca, i quali finivano per cedere dopo due ore, anche restando nella posizione orizzontale, ed assai più presto se si rimetteva in piedi. — L'esame stetoscopico e plessimetrico rassicuravano interamente sulle condizioni del tratto inferiore del respiro. La stranezza del fenomeno dovea razionalmente far sospettare che, per la posizione, uno stimolo di qualsiasi natura (polipo, muco, corpo estraneo) dovesse esercitarsi sulla mucosa laringea e risvegliare la tosse; ma l'esame laringoscopico non rivelò che lieve rossore della cavità e della mucosa tracheale che io potetti perfettamente esplorare.

Disingannato dal reperto negativo, l'ultima ipotesi era la nevrosi, e raccomandai, sotto questo rapporto, l'uso delle polverizzazioni di morfina e le pennellazioni di acido tannico sulla faringe, la quale era un pò più iperemica della stessa laringe.

(1) Alcuni anni dopo però è avvenuta completa e spontanea guarigione.

(2) Il credere poi che la nevrosi sia della mucosa laringea e non della bronchiale, è un fatto che resta spiegato dai caratteri della tosse e dalla squisitezza della sensibilità di quel tratto della mucosa, come appunto risulta dalle esperienze fisiologiche.



Di questa inferma non sò di più: certo è che la osservazione non è delle comuni, anzi mi pare una delle più acconce per sostenere la tesi in discorso.

Nè in questa bambina, nè nell'infermo della osservazione precedente ci eran segni di una qualche nevrosi generale: nell'uno, ripeto, la laringe si presentava piuttosto anemica; in questa seconda piuttosto iperemica, ma assenza di muco, assenza di neoplasmi peduncolati, e la tosse compariva non sì tosto la bambina a titolo di esperimento tentava di riprodurre il fenomeno sdraiandosi sulla dormosa. Neppure la iperemia può essere invocata come unico fattore, essendo incostante: senza dire che questa esiste assai frequentemente in molti individui, e la tosse non prende il posto culminante, anzi può essere effetto e non causa del fenomeno, sempre che la si noti sulla porzione interaritenoidica, quella che è messa tanto in giuoco per la funzione dell'organo, come nel caso primo.

Onde da quello che ho detto mi pare che sia esatto tirare i seguenti corollarii:

1° Ci ha una tosse che può unicamente tenere ad iperestesia della sensibilità riflessa della mucosa laringea;

2° Questa tosse, in casi simili, ha di caratteristico la pertinacia, la frequenza ed il bizzarro carattere di comparire in date ore od in date posizioni del corpo;

3° Il trattamento locale (calmanti, modificatori locali della sensibilità) può, e prontamente, guarire, ovvero interamente fallire, senza pregiudicare perciò il concetto e la patogenesi di questa tosse nervosa.

(Estratto dal *Morgagni* — Fascicolo di Aprile 1878).

---

## Corea laringea?

Nel fascicolo di aprile 1878 del Giornale il *Morgagni*, come rilevasi dalla precedente memoria, io scrissi qualche cosa intorno ad una forma non comune di nevrosi laringea la quale oggi (lo noto con soddisfazione) acquista contorni più netti, e si apparecchia a ricevere il battesimo della scienza. Dinnanzi al sacro fonte mi arresto anch'io una volta, e prima che le s'imponga il nome, non deve sembrar strano se, avendo un po' contribuito ad illustrarne la storia, intervenga con qualche breve considerazione.

Ci ha un fatto innegabile, sancito dall'autorità di distinti laringoscopisti, di medici esperti, cioè che si danno casi di *tosse spastica che ha luogo contro la volontà degl'infermi e guadagna un carattere acustico speciale*. Questa tosse, che non è per niun verso legabile ad alterazioni materiali e costanti di tutto il tratto respiratorio, ch'è secca, abbaiente, infrenabile, pertinace, rappresenta una nevrosi distinta della laringe: ed anche su ciò si accordano quelli che la riconobbero, la studiarono e descrissero; ma, a proposito della sua patogenesi si perde la bussola, e mentre io la ritenni una iperestesia della sensibilità riflessa, lo Schrötter, ch'è uno dei più dotti laringoscopisti, la considera come una nevrosi di moto, intitolandola assai ingegnosamente « *corea laringea* ». È esatto tutto ciò? Sono inappuntabili le ragioni che assume l'illustre autore? Si può dire chiusa del tutto la discussione? È appunto quello che bramo discutere nel presente articolo.

*Storia e sintomatologia.* — Di questa forma morbosa non mancano esempj riferiti dagli antichi autori; ma confusa con l'isteria, ovvero riguardata come una nevrosi simulata, non giunse a crearsi un carattere autonomo. — Bell, in una ragazza quindicenne, ci descrisse la storia di un caso che si può dire appartenere alla classe, e Romberg tra le affezioni convulsive dei nervi vocali parlò di un abnorme tono della voce che mise a conto della isteria e della epilessia. — Mandl e Türkck riferirono osservazioni analoghe, restando però l'ultimo in dubbio se riguardarle come dissesti della innervazione, e di quella laringea propriamente. Il caso di Geissler, che Wagner ritenne per una forma d'isteria dei bambini, non ha maggior valore di quello di Spammers, seguito ad una corea generale in bambino di diciotto mesi.

A così brevi notizie bibliografiche (più che complete per altro), il prof. Schrötter, all'eccellente articolo (1) del quale le improntammo per riferirle in compendio, ebbe la cortesia di aggiungere la relazione dei tre fatti clinici che noi pubblicammo nella memoria precedente, sicchè tutto sommato non scendono in campo che pochi campioni e fra tutti rimane vittorioso il dotto laringoscopista di Vienna, per suggellare con la sua compendiosa monografia, codesta novella forma clinica cui impose il nome di *corea laringea*. Nei suoi 11 casi, il nostro autore ha trovato che trattavasi sempre di giovani soggetti — tra 8 e 14 anni — nei quali, *senza cagioni apprezzabili* e senza che coesistessero *altre malattie*, succedevano accessi di tosse *contro la volontà*; che la tosse avea un *carattere musicale*, ed i parossismi *cessavano completamente durante il sonno*, per *ricominciare ben presto nello svegliarsi*, con pause di 5-10 minuti appena.

I tre casi che mi suggerirono la mentovata pubblicazione, si allontanano da questi soltanto perchè la tosse talora si destava in certe date posizioni (il decubito orizzontale in un caso), e la durata della malattia era di anni (negli altri due casi); dippiù, mentre in uno la guarigione fu pronta e definitiva, in un altro ogni trattamento fallì. Malgrado ciò, io porto opinione che questi fatti e quelli dello Schrötter debbano comprendersi nella stessa rubrica, e la fenomenologia possa estendersi ai seguenti dettagli: esistere cioè casi di tosse frequente, molesta, di carattere musicale, per niente legabile ad alterazioni materiali dell'organo della voce, del tratto respiratorio o di altri sistemi; la quale cede durante il sonno, per riprendere, sempre contro la volontà del paziente, durante la veglia; che può avere un decorso breve di 3 a 6 settimane o lunghissimo (di anni), e può destarsi in speciali positure del corpo, in determinate ore, per scomparire interamente in altre.

È ad aspettarsi che altre osservazioni possano meglio illustrare codesta scena sintomatologica, ma ripeto che quelle da me pubblicate, benchè in parte si scostino dalle altre riportate dallo Schrötter, hanno caratteri troppo comuni perchè si possa sospettare che non siano proprio la stessa cosa.

*Note laringoscopiche.* — Tutti si è di accordo nel ritenere che il reperto laringoscopico non oscilla se non se tra questi limiti: normale colorazione della mucosa: anemia della stessa: iperemia lieve e diffusa della cavità. Il che è abbastanza significativo per stabilire che la forma morbosa di cui ci stiamo occupando, in vista dell'assenza, mitezza ed incostanza dei fatti locali, non può menomamente ripetersi da lesioni anatomiche dell'organo della voce.

*Patogenesi.* — *Hoc opus!* E faccia il cielo che la nostra pietra

(1) V. Allg. Wiener mediz. Zeitung, 1879, n.º 7.

non sia d'inciampo! Ma è foga di scrivere? No; è debito di coscienza.

Lo Schrötter ha scritto: io ho fissato il nome di *corea* perchè « si suole designare (in genere) con questa denominazione, le contrazioni di qualche muscolo o d'interi gruppi muscolari che succedono contro la volontà del paziente, ma con coscienza integra, e cedono durante il sonno »; e vi ho messo l'aggiuntivo *laringea*, appunto perchè « i principali sintomi sono da parte della laringe ».

Tra le altre ragioni, poi, che militano per classare la malattia in questo gruppo delle nevrosi, lo Schrötter aggiunge aver veduto oltre allo spasmo della muscolatura laringea, simultanee contrazioni in altri territorii muscolari. La malattia può svilupparsi per imitazione, può recidivare ed accompagnarsi ad affezioni nervose similari nello stesso individuo o nei suoi stretti parenti; e cita in ultimo il decorso del male.

Prosegue poscia per vedere se codesta nevrosi debba ritenersi simulata o dipendente da isteria, ipotesi che scarta con ovvii ed intelligibili criterii, soprattutto la mancanza di altri sintomi comuni all'isterismo. Nè può pensarsi (dice sempre l'autore) che cosiffatto spasmo sia riflesso da lesione della mucosa laringo-tracheale, vuoi perchè sovente manca qualsiasi nota anatomica, vuoi perchè il male attecchisce volentieri in individui anemici, vuoi infine perchè il catarro laringo-tracheale che pur suscita la tosse, non riveste mai la forma della quale qui si ragiona: onde non resta che ammettere « una speciale disposizione individuale ». Trattasi dunque di una « nevrosi di moto nel più puro significato della parola; nevrosi che deve riportarsi alla corea. Di niuna utilità tornerebbe il determinare la sede, se nei centri nervosi, e la qualità delle lesioni ».

È fuori dubbio che tutte queste considerazioni sono di altissimo valore, che la teoria è ingegnosa; seducente la denominazione. A noi sembra però che il voler accettare col nome di corea laringea la scena sintomatologica surriferita, varrebbe a nasconderne il principale movente. Non è certo una questione di puntiglio o priorità la nostra, avendo noi, nel nostro lavoro, fatta dipendere codesta speciale tosse da iperestesia della sensibilità riflessa della mucosa laringea. Nelle vertenze scientifiche ogni sentimento di personale vanagloria va smesso; e s'ingannerebbe a partito chi per poco sospettasse essere stata redatta questa novella contribuzione per rivendicarci la descrizione di una laringopatia. La questione patogenica, nel caso presente, domina la questione terapeutica: arrivare a nozioni esatte sulla genesi probabile della malattia, vuol dire, in varie circostanze, come in questa soprattutto, avere in mano la chiave di una indicazione curativa esatta.

Sentiamo d'altronde tanto debole la nostra autorità di fronte a quella colossale dello Schrötter, che appena ci arrischiamo a sottomet-



tere alla sua considerazione ed a quella dei colleghi policlinici (cui la vertenza deve tanto interessare quanto a noi laringoscopisti) le poche apprezzazioni che spontanee ci sono sorte nella mente.

Il nostro materiale sebbene scarso, è tanto eloquente che basta a sufficienza per formulare la storia patologica distinta di questa curiosa nevrosi. Quando noi dicemmo *iperestesia della sensibilità riflessa*, descrivemmo quella tosse laringea che avea unico punto di partenza nel suo principale fattore: ricordammo perciò che quando stimoli leggieri agivano sulla mucosa della laringe, gli effetti si riducevano ad una « eccitazione dei muscoli espiratorii, ad un movimento convulsivo annunziato dalla tosse, mentre le inspirazioni, alquanto difficoltà in principio, ritornavano presto ad essere normali »; e viceversa, dicemmo suscitarsi la « occlusione convulsiva, annunziata da inspirazioni rumorose, più o meno prolungate, sempre che si agiva sulla medesima superficie con stimoli energici ». — Nell'un caso e nell'altro, le terminazioni nervose impressionate erano le medesime, ma il vario modo onde rispondevano a stimoli differenti per intensità, avea fatto distinguere con buon fondamento quella che dicesi *sensibilità riflessa o comune*, da quella che si denomina *sensibilità generale*. In altri termini: gli effetti indotti da stimolazioni della sensibilità laringea sono dissemi di motilità che variano come varia lo stimolo. I movimenti coreici dunque (inspiratorii od espiratorii) sono conseguenza costante di una eccitazione morbosa della sensibilità di quella mucosa; ciò vuol dire che nei casi patologici il momento potogenico, eccito-motore, è la cresciuta impressionabilità della mucosa; il corollario, la contrazione, inspiratoria od espiratoria dei gruppi muscolari adduttori delle corde vocali. La tosse, genericamente intesa, è una *corea* della laringe, allo stesso titolo che è una *corea* laringea quello che in pratica va col nome di spasmo glottico: qual'è la cagione che suscita l'una o l'altro? Una diversa impressionabilità della mucosa, che può ripetersi dai più svariati processi patologici che s'indovano sulla stessa membrana o su quella dei bronchi, della trachea, o negli alveoli e nel tessuto circumbiente: compressioni sui rami dello pneumagastico, lesioni centrali e via; ma in tutte queste condizioni, la impressione si riflette sui nervi sensitivi della mucosa, ed in buona patologia noi potremmo dire: la tosse, questo *movimento coreico* espiratorio dei muscoli adduttori, che si riconosce al laringoscopio per una serie di brevi e successivi ravvicinamenti dei ligamenti vocali, non è che un epifenomeno di questa o quest'altra alterazione. Ora, perchè quando manca ogni nota anatomica, non solo lì nella scattola della voce, ma in tutto il tratto respiratorio e fuori, e ci ha una tosse speciale, sonora, stizzosa, breve, ribelle, frequentissima, perchè, dico, dovremmo noi, nel ricercarne la causa allontanarci da ciò ch'è più logico e fisiologico pensare, la iperestesia

della sensibilità, per crearne di botto una nevrosi di moto, autonoma? È seducente la denominazione, lo dissi in principio, ma perchè negarla allora allo spasmo glottico che ne avrebbe eguali dritti, sol perchè più che rispettare, molesta il sonno di quelli che ne sono infermi? È costante che la tosse coreica succeda in individui che soffrono di altre nevrosi affini? Un caso che nol sia, non inferma tutti? E perchè nella vera corea, non è questa della laringe, come vuole chiamarla Schrötter, un fenomeno costante?

Io non invocherò le speciali condizioni sotto cui la tosse nervosa o laringea (come alla mia volta la denominai io) si verifica talfiata in determinate ore del giorno, e tal'altra in speciali positure del corpo. La spiega sarebbe tanto equivoca per l'un caso, quanto per l'altro. Dico solo che la denominazione creata da Schrötter è tutta *sintomatica*, quella creata da me, tutta *patogenica*: non ne faccio un *casus belli*, ma semplicemente un oggetto di studio, e son lietissimo di aver già prima intravisto che esiste una forma morbosa distinta, la quale non è per niente legabile a lesioni materiali della laringe o di altri organi, e si compendia tutta in un sol fenomeno, *la tosse*: tosse che non essendo suscitata dalla presenza di escreato di sorta, nè avendo la missione di espellerne, acquista il carattere speciale che la ravvicina ad un latrato.

Non sprecherò altro tempo per esporre le ragioni che devono tirarci a ritenere proprio nella laringe il punto eccito-motore: la sensibilità è quivi squisitissima; la tosse non si esplica se non se nella laringe; quando la trachea, i bronchi, i polmoni sono in eccellenti condizioni, è logico e naturale ritenere che sia l'officina ove proprio si fabbrica la tosse, la sede vera, la sede unica del male.

*Etiologia.* — Noi ignoriamo le cagioni dirette, per influenza delle quali si sviluppa questa forma patologica: sappiamo che sono a preferenza colpiti i giovani soggetti, quelli di gracile costituzione, gli anemici; sappiamo che certe volte segue o precede le forme catarali della mucosa laringea, tracheale e bronchiale; che può (per quanto asserisce Schrötter) svilupparsi in individui che soffrono di altre nevrosi, ovvero per imitazione; ma tutto questo è ben poco perchè si possano fissare precisi legami tra causa ed effetto, e ci contentiamo ripetere che deve esistere una *speciale disposizione individuale*, l'ignota di questa oscura proposizione.

*Decorso ed esiti.* — Fra gli altri criterii per sostenere la origine della malattia, Schrötter assume che perfino il decorso vi parla in favore. In tutti i suoi casi, con qualche eccezione, questo decorso fu di 3-6 settimane. Nei casi miei invece, esso è ben altrimenti lungo e bisogna parlare di anni! È giusto che facendo tesoro delle osservazioni altrui si tengano eziandio presenti le nostre. Di esiti non ne conosco che due: la guarigione, pronta, miracolosa certe fiate, per effetto di un'analogia terapia; il perennamento con metro mo-

notono ed invariabile, malgrado i più svariati tentativi. Secondo Schrötter bisogna registrare un terzo esito, cioè la recidiva.

*Diagnosi.* — La diagnosi non è difficile quando un diligente esame stetoscopico e plessimetrico esclude qualsiasi processo indovato nella trachea, nei bronchi, nel pulmone o qualunque pressione sui ricorrenti, e quando un accorto esame laringoscopico concordemente ci assicura che vi ha assenza di lesioni materiali, ovvero un lieve catarro od anemia, l'uno e l'altra insufficienti a spiegare il fenomeno. Le tosse, per quanto sia caratteristica, ha bisogno di questo duplice controllo per non scambiarsi con quella dipendente da polipi laringei, o da latenti processi bronco-polmonari (la tubercolosi in ispecie), che pure ha massima analogia.

Merita anche riguardo la forma della tosse; così il carattere musicale, la superficialità, la secchezza, la brevità e sonorità, la veemenza, per cui i miseri infermi sbalzati dalla sedia, se sono sorpresi assisi, cercano contro le mura un appoggio, inclinano il capo in giù, fanno sforzi per domarne con la volontà l'impeto, ed appena vi riescono, si coprono con le mani la bocca, raggrinzano la fronte, scuotono il capo, ecc.

Le scosse si seguono a serie, l'una dopo l'altra, ed io ho riferito un caso assai istruttivo, in cui costantemente dalle 8 alle 10 di ogni mattina si verificava un determinato numero di accessi.

Questi medesimi caratteri valgono a distinguere la tosse convulsiva, almeno nel suo inizio, giacchè a decorso inoltrato la ripresa sibilante caratteristica e gli altri stntomi collaterali non permetterebbero minimamente il dubbio.

*Pronostico.* — Io non divido la opinione dello Schrötter, nè so ripetere con lui che la prognosi sia sempre favorevole, giacchè rare volte si sia fatta aspettare la guarigione. — Son di credere, anzi, che la malattia resista non di rado ai più razionali rimedii. Non è certo una malattia letale, ma immensamente molesta per quelli che ne sono affetti, e non meno per coloro che li avvicinano.

*Cura.* — Il piano curativo esposto da Schrötter, consono alle sue vedute, è il seguente: irrigazioni fredde in bagno tiepido, due a tre volte al giorno, coadjuvate dalla chinina a dosi alte, e dalla corrente continua. Nei casi di anemia egli aggiunge i preparati marziali. — Io mi sono imbattuto in un caso nel quale tutto ciò era stato già praticato: la tosse persisteva da anni: per di più non avea ceduto nè al cloralio, nè alla belladonna, nè al bromuro, nè alle iniezioni ipodermiche di morfina, nè alle inalazioni di etere e di cloroformio, nè alle cure ricostituenti, nè infine al cangiamento d'aria. In questo soggetto (1) non ci era alcun segno che si potesse riferire ad altra nevrosi, nulla fuorchè la tosse che compariva con tutti

---

(1) V. la memoria precedente.



i suoi caratteri speciali, esclusivamente dalle 8 alle 10 di ogni mattina. In un altro, partendo dal concetto che mi formai di una iperestesia della sensibilità laringea, pensai a modificarla direttamente mercè le polverizzazioni di morfina (1 per 500) ed i diretti tocamenti con lasche soluzioni tanniche o di nitrato di argento. Riuscì come per incanto a domare la tosse: ci fu una piccola recidiva che scomparve anche più rapidamente.

Noto, ad onor del vero, che l'inferma (1) era stata isterica, ma da un anno non avea più alcun sintoma riferibile a questa nevrosi. Tutt' i caratteri della tosse eran quelli descritti: ogni altra lesione era assente.

Nel 3° caso, infine prescrissi la medesima cura, ma ne ignoro i risultamenti.

In conclusione dunque: o tentare la cura di Schrötter, o ricorrere a qualche mezzo topico, come io ho suggerito, con una indicazione del resto assai razionale, quella di *modificare* od *attutire* la sensibilità esagerata della mucosa, e per cui l'aria respirabile istessa si traduce in uno stimolo. Se il piano curativo che io propongo bastasse, sperimentato su vasta scala, esso fornirebbe fuori ogni dubbio, la controprova luminosissima della teoria da me formulata. Ma la questione sinora è sullo stesso piede; la cura di Schrötter in uno dei tre casi occorsimi (il più specchiato) avea fruttato niente; d'altro canto in una più avventurosa circostanza, la cura locale era stata acqua sul fuoco: ma... non bisogna dimenticare che nelle mani del laringoscopista Viennese molti infermi guarirono con la sua cura. Teniamo presente l'un metodo e l'altro: per ora conviene seguire questi studii; quando poi la casuistica sarà cresciuta, vedremo davvero se si può dire sulla genesi e la terapia della corea laringea (?) l'ultima parola (2).

Napoli — Aprile 1879.

(Estratto dal *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*. — Anno I — Fascicolo 6°).

---

(1) Loc. cit.

(2) In un caso classico di corea laringea, capitato posteriormente alla mia osservazione, e ribelle a tutti i mezzi, si ebbe guarigione istantanea, dietro spavento. Non fu caso, ma arte. — L'infermo (un giovanetto in sui 12 anni) fu visto dal Prof. d'Antona, il quale, di robusto e vivace ingegno, ne concepì l'idea. — Spaventò e minacciò il ragazzo, facendogli temere un gastigo là ove ritornasse a tossire. Fu un miracolo — la tosse scomparve e per sempre.

Feci tesoro di questo mezzo in altro caso, ma fallii — Sebbene lo spavento abbia i suoi inconvenienti, richiama tutta l'attenzione dei pratici, e mi pare che non tenga piccola parte come controprova del concetto patogenico.



## XII.

### Parallelo tra la corrente faradica e la continua nelle paralisi vocali.

(Memoria letta al primo Congresso Internazionale di Laringologia  
tenuto in Milano nel settembre 1880) (1).

#### SIGNORI,

Poichè io sono il primo tra i miei Colleghi Italiani ad aver la parola, permettetemi di esprimervi la gioia da cui sono compreso prendendo parte a questa festa solenne.

Il primo Congresso di laringologia fa battere il cuore di quelli che hanno consacrato tutt'i loro studi alle malattie della laringe, e questo stesso Congresso, tenuto a Milano, in questa città italiana così bella e civilizzata, fa battere il cuore a noi, che abbiām l'onore di ospitare tanti clinici distinti, parecchi dei quali sono stati nostri maestri. Nel momento di stringervi la mano sull'altare della scienza, noi siamo fieri di vedervi nel nostro dolce paese, giacchè questa visita prova che la scienza ha per patria il Mondo, e se un giorno noi vi domandammo l'istruzione e la pratica del laringoscopia, dobbiamo esser contenti della buona accoglienza che voi avete fatto all'invito che vi fu indirizzato, e di avervi per giudici della nostra pratica e dei nostri lavori.

Dimenticati, il giorno in cui il laringoscopia è comparso sull'orizzonte scientifico, noi siamo compensati da un onore di cui serberemo sempre il più dolce ricordo.

Noi dobbiamo essere obbligati a tutti i nostri confratelli che, da tanto lontano ci hanno mandato o ci portano il frutto dei loro studi! Dobbiamo esser molto riconoscenti al Prof. Labus, quest'eminente confratello, questo degno rappresentante della laringologia italiana, il quale ha preso l'iniziativa dell'organizzazione del nostro Congresso; io colpisco adunque l'occasione per testimoniargli a nome dei miei compatriotti, la più profonda gratitudine.

(1) La comunicazione fu letta in Francese e riportata nel 1.<sup>o</sup> numero di quest'anno del giornale: *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc* — Parigi, Marzo 1881. Vado debitore all'ottimo collega il dott. G. Boucher che l'ha volta in Italiano, ed al distinto dott. Ramon de la Sota di Siviglia che la tradusse in Spagnuolo e pubblicò nel suo Giornale: *Lecciones Clinicas*.

SIGNORI,

Il capitolo delle paralisi vocali comprende una delle più splendide illustrazioni della patologia della laringe.

Lo studio delle nevrosi della laringe, fatto sull'uomo vivo, ha ingrandito oltre misura le nozioni etiologiche, e parecchie volte, grazie allo specchio laringeo, è il laringoscopista che scopre una pressione sul nervo ricorrente.

Questa storia patologica, rachitica fino all'epoca d'invenzione del laringoscopio, s'accrebbe ben presto nelle mani dei primi adepti di laringoscopia i più sperimentati, ed i nomi di Gerhardt, Ziemssen, Mackenzie ne sono inseparabili.

Lo stesso può dirsi della cura, cioè dell'applicazione diretta dell'elettricità per mezzo del laringoscopio; applicazione che rappresenta una delle vittorie le più splendide dell'arte nostra.

Mentre l'immagine laringea rischiarava la sorgente di molte afonie, invitava, d'altra parte, al portare direttamente quel mezzo terapeutico che subito si presentava alla mente del pratico, cioè l'elettricità. Nell'opera classica di Mackenzie (1), che io ho avuto l'onore di tradurre in italiano, vi è un gran numero di osservazioni di afonie paralitiche che datavano da parecchi anni, le quali cedettero per incanto alla corrente elettrica. Non vi erano da fare che due riserve e la vittoria era completa: stabilire con esattezza la causa della paralisi, respingere col criterio della durata la possibile atrofia muscolare. Allora bastava introdurre collo specchio laringeo alla mano un eccitatore elettrico nella cavità della laringe, senza troppo darsi pensiero della sorgente della elettricità, senza troppo imbarazzarsi per la scelta del polo al quale era riserbato l'onore di penetrare nella cavità.

Lo stimolo dei nervi sensitivi della mucosa produceva, per una legge fisiologica ben conosciuta, cioè per azione riflessa, la contrazione di tutti i muscoli intrinseci della laringe, ed in questa maniera quelli che erano indeboliti, venivano compresi in questo movimento riflesso, e sovente ricuperavano così la loro funzione assopita. Un'analisi molto attenta, inoltre, dei segni fisici rivelati dal laringoscopio ci ha portato a determinare, con una esattezza matematica, quali sono i muscoli intrinseci che non obbediscono più alla loro funzione, e per ciò era anche ben naturale di pensare ad applicare l'eccitatore interno ad uno od a parecchi muscoli paralizzati. I successi furono ancora una volta splendidi e si registrarono

(1) Hoarseness, loss of voice and stridulous breathing.

nuove vittorie. Di maniera che noi siamo usciti dalla scuola con la convinzione che era più difficile diagnosticare una paralisi vocale anzi che curarla, e dopo aver riconosciuto essere la lesione d'un carattere locale, si aveva tra le mani il rimedio sicuro e conveniente, onde non restava se non applicarlo.

Sventuratamente, dopo esserci inoltrati nella pratica, ci siamo accorti ben presto che ci mancava uno dei mezzi più potenti e su di cui avevamo fatto maggiore assegnamento: spesso gli ammalati, ai quali avevamo promesso e fatto sperare la guarigione, restavano in un periodo stazionario; e già eravamo ricorsi alla medicazione ausiliaria (iniezioni ipodermiche di stricnina, inalazioni stimolanti, ginnastica, massaggio), la quale senza dubbio ha anche la sua parte nel trattamento di simili affezioni.

Non potendo disconoscere la bontà del rimedio, preferivamo mettere in forse la diagnosi e ricominciare le nostre ricerche per sapere se una malattia cerebrale o midollare, od una pressione ancora occulta sul nervo ricorrente, ovvero una infezione cronica, potessero spiegarci la persistenza della malattia, giacchè il suo corso non ci autorizzava punto a sospettare un'atrofia muscolare, essendo stati testimoni di numerosi esempi di guarigione di afonie di ben più lunga durata.

In simili casi, che voi ancora avete, o Signori, incontrati nella pratica, cioè quando la diagnosi etiologica non permetteva alcun dubbio e la cura falliva, avrete pensato che era razionale indirizzare a voi stessi due dimande:

1.<sup>a</sup> Qual'è la ragione dell'insuccesso della elettricità in certe paralisi vocali?

2.<sup>a</sup> Vi è qualche altro mezzo di applicazione della corrente in questi casi ribelli?

La soluzione dei due quesiti che ho posti s'identifica con l'argomento che mi propongo trattare; argomento vasto ed audace, ma che ho cercato di proporzionare alle mie forze appoggiandomi al più solido sostegno della clinica, l'esperienza, e lasciando voi, miei illustri colleghi, giudici delle interpretazioni alle quali sono giunto, e che sono dispostissimo a modificare se voi vi degherete accordare a questa comunicazione l'onore della discussione.

SIGNORI,

Se nell'ordine logico era più giusto di cominciare dal sapere perchè, contro le paralisi vocali non si riesce sempre con la corrente indotta, nella pratica è l'istinto che ci guida a ricercare il rimedio prima di tutto; e poichè la corrente galvanica cominciava a multi-

plicare le sue applicazioni terapeutiche, era naturale che si pensasse egualmente alla laringe.

Frattanto nelle opere le più complete e le più moderne, noi non troviamo indicazioni ben nette; taluni non parlano che della corrente interrotta; altri non hanno dimenticato la corrente continua, ma ne trattano come se fosse la stessa cosa impiegare l'una o l'altra. Uno confessa di aver ottenuto buoni effetti dalla corrente galvanica in certe circostanze, un altro teme che possa determinare edema della laringe.

Mi sembra, al contrario, che un parallelo tra gli effetti delle due correnti sia necessario, ed io lo comincio qui, innanzi a voi. Non ho la pretensione di poter formulare delle conclusioni irreprensibili, giacchè anche gli uomini più al corrente in fatto di elettroterapia non hanno saputo farlo sinora. Mi lusingo, nondimeno, che esponendo i fatti speciali, i quali si rannodano a questo capitolo tanto limitato delle nevrosi, saremo nel caso di cominciare a vedere più nettamente la questione della cura delle paralisi vocali.

Seguendo l'ordine dei fatti clinici, io sarò in grado di rispondere contemporaneamente ai due quesiti, e mi sforzerò di spiegare gli effetti con l'azione fisiologica della corrente da una parte, con la nozione dello stato patologico, che è la causa della paralisi, dall'altra.

La potente azione eccito-motrice che riassume gli effetti i più brillanti della corrente faradica, rappresentò, per qualche tempo, l'indicazione la più accettabile e la più razionale contro le afonie paralitiche; e per quelle prodotte da intossicazione difterica od isterismo, i fatti e la teoria s'accordano per confermarne i vantaggi.

Non è più lo stesso per le paralisi d'origine differente, sia che si tratti dell'influenza diretta del reumatismo, come avviene per la paralisi facciale, sia che trattisi d'una coincidenza od un esito del catarro laringeo, o di sforzi della voce.

1.<sup>o</sup> *Paralisi vocali postume di difteria.* — In simili circostanze non si ha nulla a rimproverare alla corrente d'induzione; dirò anzi che un parallelo disinteressato prova evidentemente la rapidità d'azione di questa di fronte alla corrente continua. Io ammetto, ben inteso, un caso di paralisi limitata ai muscoli della laringe, e non posso far entrare nel quadro i felici risultati che si ottengono dalla corrente continua quando, in una paralisi ben altrimenti estesa, si galvanizzano i tronchi nervosi. Ora, l'azione che si può più facilmente localizzare e gli effetti più transitori da una parte, l'azione catalitica e termica molto minori dall'altra, ci spieghino perchè nelle paralisi difteriche, nelle quali la contrattilità muscolare è diminuita ed i muscoli rispondono debolmente alla galvanizzazione ed alla faradizzazione, l'azione eccito-motrice di quest'ultima basti a ristabilire la funzione muscolare.



Si tratta di preferenza; azione più sollecita, minori inconvenienti; la corrente continua potrebbe raggiungere lo stesso scopo, ma la sua efficacia è in qualche modo oscurata, e l'indicazione per la corrente d'induzione si presenta chiara.

Alle paralisi difteriche si possono ravvicinare quelle che sono la conseguenza di un'altra infezione cronica, per arsenico, piombo, sifilide. Noi sappiamo bene che in queste, le fibre nervose presentano delle lesioni apprezzabili, sia nella loro sostanza, sia nel *cylinder axis*. Ebbene, se queste alterazioni non sono gravi ed i muscoli rispondono alla faradizzazione, questa basta: altrimenti si dovrebbe adoperare la corrente galvanica.

2.<sup>o</sup> *Paralisi isteriche*. — Farò, a questo proposito, le più franche dichiarazioni e dirò, senza prevenzione, tutto ciò che ne penso.

Queste paralisi, che per certi medici non meritano la pena di una cura locale, e danno al laringoscopista il pretesto ad una cura miracolosa che ha del prestigio, sono qualche volta un imbarazzo serio e reclamano la più viva attenzione.

*Caput mortuum* d'un accesso isterico, esse persistono talvolta per lungo tempo; l'afonia perdura per mesi ed anni, e l'inerzia alla quale i muscoli adduttori delle corde vocali sono condannati ne esagera sempre più il torpore.

Allora la cura locale è richiesta dagli ammalati stessi, e certamente non sarebbero contenti essere rimandati senza sperimentare qualche cosa, giacchè si lusingano di una speranza che sovente è smentita dal tempo.

Noi potremmo tutti raccontare una lunga serie di storie molto curiose di ammalate isteriche che hanno abbandonato il nostro gabinetto col più grande entusiasmo, dopo aver recuperata la voce in una sola seduta.

Mi ricordo, tra le altre, una giovane maritata nella quale la prima applicazione elettrica produsse completamente i suoi effetti: ma l'ammalata, uscendo, perdette subito la voce come prima, e per convincermi che essa temeva l'aria esteriore, appena ricuperò la voce, in una seconda seduta, si avvicinò alla finestra; immediatamente la voce si spense; però avendole consigliato di pronunziare a piena voce una vocale cacciando fuori la lingua, essa ebbe a lodarsi di questo mezzo e la voce le ritornò in effetti.

Questa stessa azione eccito-motrice, di cui vi ho fatto menzione, può ristabilire in simili casi, sul momento o dopo qualche tempo, la contrattilità muscolare, e vi si arriva, in un gran numero di casi, con la corrente faradica.

Frattanto ve ne sono altri nei quali si comincia a lottare con l'insuccesso, mentre la corrente continua viene a risolvere la questione. Soprattutto se è stata già impiegata, ma invano, la corrente faradica, la galvanica vince la debolezza muscolare, dà ai

muscoli la loro attività e ci ricorda quel modo d'azione che Heidenhain ha molto ingegnosamente chiamato: azione refrigerante. Per qualche tempo, io non mi sono servito che della faradizzazione, e debbo confessare parecchi casi d'insuccesso; mi ricordo, invece, altre osservazioni, di cui non faccio menzione per brevità, nelle quali, dopo un lungo trattamento con la corrente d'induzione, sono perfettamente riuscito mediante la continua: bisogna considerare pure che la perdita della voce data da parecchi mesi, e pur applicando la corrente d'induzione, io completava la cura con le iniezioni ipodermiche di stricnina e le inalazioni stimolanti, mentre nel secondo periodo della mia pratica non mi son servito che della sola corrente continua; ecco dunque perchè le devo accordare, in buona coscienza, la confidenza che merita.

Ma non si può in tutte le paralisi isteriche, dalla durata dell'afonia esclusivamente, determinare la scelta dell'una o l'altra corrente, giacchè in certi casi di brevissima durata la corrente faradica potrebbe fallire.

Vedo quasi ogni anno una monaca, che ha passata la sua epoca critica e reclama le mie cure per una afonia paralitica recidivante. Dopo aver atteso il ritorno spontaneo della voce, essa ha acquistata la convinzione che bisogna curare direttamente la laringe, ed i risultati sono sempre felici. Ma la resistenza del male è molto accentuata: al suo secondo accesso essa venne da me il giorno dopo; la cura durò 30 giorni; al suo terzo accesso, lusingata forse da qualche speranza lontana, attese un mese; il trattamento non solo ebbe una durata di 60 giorni, ma appena la voce ritornò la perdette un'altra volta, per ricuperarla di nuovo dopo alcuni giorni.

In questa religiosa, le stimolazioni le più intense con la sola corrente faradica, così come sono state consigliate da elettro-terapisti eminenti, non riuscirono affatto; la corrente continua, al contrario, assicurò la vittoria, e solamente nel caso ove questa cura sia cominciata lungo tempo dopo la paralisi, io adopero alternativamente la corrente faradica e la galvanica dopo un trattamento esclusivo con quest'ultima. Nella detta ammalata ho riconosciuto, mentre seguiva la cura, che la paralisi era qualche volta doppia, qualche volta unilaterale; un giorno da un lato, un giorno dall'altro, ciò che prova la stanchezza da cui i muscoli erano presi, e l'indicazione dell'azione refrigerante della corrente galvanica.

Lo stesso effetto rende, o Signori, molto razionale l'uso della corrente continua nelle persone affette da afonia per mancanza di esercizio della voce. La scienza possiede osservazioni di paralisi vocali conseguenza di silenzio prolungato, come avviene per i religiosi di certi ordini. Le due correnti, alle quali i muscoli potrebbero differentemente rispondere, raggiungono lo stesso scopo, cioè

eccitano i muscoli pigri a funzionare, ma il galvanismo agisce in modo che l'azione eccitante richiesta non sconfini, ed i muscoli riprendano per grado la loro contrattilità.

3.<sup>o</sup> Quanto alle *paralisi* che si fanno dipendere da *impressioni morali*, come lo spavento, le emozioni ed in conseguenza la perdita istantanea della voce, noi non sapremmo ripetere presso a poco che le stesse cose.

In talune circostanze un numero limitato di sedute con la corrente faradica basta: in altre, bisogna ricorrere alla corrente continua; ma, in generale, si può ripetere che l'azione eccito-motrice della prima, può essere riguardata come sufficiente a ristabilire la funzione muscolare, che era semplicemente sospesa per un'azione nervosa inibitrice.

4.<sup>o</sup> Noi dobbiamo ancora esaminare certe afonie paralitiche che dipendono da *difetto di contrattilità muscolare*: cioè le *paralisi reumatiche*, contro cui il medico non è sempre fortunato. Sono precisamente le paralisi a proposito delle quali potrei ripetere tutto il mio esordio: quelle che non possono concordare gli scacchi frequenti con la benignità del pronostico.

Posso affermare recisamente che la corrente continua ci rende dei segnalati servigi. Essa riesce in quei casi nei quali la corrente di induzione è fallita, e la sua azione è talmente efficace, che non appena riconosciuta la causa della paralisi, non vi è esitazione per la cura.

Si può affermare che, come nelle paralisi consecutive alla difterite la corrente d'induzione merita la preferenza, in quelle reumatiche è la corrente continua che prende il di sopra, e se nei primi casi la corrente continua può raggiungere lo stesso scopo, nei secondi la faradica può completamente fallire.

Distinguiamo anzi tutto le paralisi dette reumatiche dirette, cioè quelle prodotte dall'azione del freddo; la fibra nervosa terminale è alterata, come avviene per le paralisi facciali periferiche. Qui la patogenesi non ammette dubbio; dicasi lo stesso delle paralisi del settimo paio; le diramazioni nervose non sono in istato di risentire l'azione eccitante della corrente faradica, benchè molto intensa, ma che sarà sempre di brevissima durata.

In effetti, mentre la contrattilità faradica fa difetto, la galvanica persiste od è esagerata; e da ciò una indicazione per la corrente continua.

Nelle paralisi che non si ripetono dall'azione diretta del freddo, ma rappresentano l'esito di una laringite catarrale grave, soprattutto se il fascio interno del muscolo tiro-aritenoideo è stato compromesso; in queste paralisi, in cui i muscoli intrinseci sono stanchi, deboli per l'infiltrazione infiammatoria delle loro fibre muscolari, l'azione refrigerante della corrente continua, che si potrebbe meglio chia-



mare, secondo Remak, *catalitica*, ci rende perfettamente conto dei buoni effetti.

Tutto ciò che vi è a sperare si ottiene; è dunque razionale e pratico di rivolgersi dal principio al galvanismo nelle due specie di paralisi reumatiche.

5.° Parimenti per le *paralisi di carattere dinamico*, che sono effetto di sforzi muscolari. Quando si ricorda la maniera di agire delle due correnti, vi è luogo a convincersi che la faradica non sarebbe indicata, e la galvanica lo sarebbe classicamente. I risultati non potrebbero essere nè più completi, nè più pronti, e per gli artisti, gli oratori ecc., non vi è niente di più utile.

6.° Dirò in ultimo luogo alcune cose riguardanti le *paralisi centrali*, e quelle che derivano da *compressione* sui nervi ricorrenti.

La conducibilità nervosa è interrotta in simili casi, sia al punto di partenza del pneumagastico e dello spinale, sia lungo i loro tronchi nervosi.

Una volta riconosciuta la paralisi, il laringoscopista sa tirarne partito per una diagnosi generale, che egli è in grado di fare meglio di un medico policlinico, grazie al laringoscio. Egli ricusa allora il trattamento locale, giacchè i risultamenti sarebbero nulli e l'attenzione è richiamata sopra fatti di maggiore importanza.

Ma se la compressione è cessata per essere stata allontanata la causa, e se le lesioni centrali in via di riparazione permettono di pensare di nuovo all'eccitazione nervosa, la cura locale di una paralisi vocale potrà essere giustificata allo stesso titolo che lo è contro la paralisi delle membra.

A quale delle due correnti si darà la preferenza?

Io non saprei fornire su di ciò una risposta ricavata con esattezza dalla pratica, giacchè simili casi, tali quali li ho supposti, non sono frequenti.

In linea scientifica potrei tentare di stabilire alcune indicazioni.

Noi sappiamo dalle belle esperienze di Erb e Ziemssen, che se si distrugge un filetto nervoso lungo parecchi millimetri, l'eccitabilità faradica e galvanica di questo stesso nervo e del muscolo al quale si porta, spariscono i giorni seguenti, e ricompariscono di una maniera dubbia lungo tempo dopo. Succede lo stesso per effetto di forti compressioni sul nervo, ma nei muscoli che ne sono animati la contrattilità faradica diminuisce, la galvanica è esagerata: questa sovraeccitabilità, d'altronde, persiste fino a che la contrattilità faradica ricompare, e diminuisce a misura che l'altra aumenta, in ragione della estensione della lesione del nervo.

Nelle paralisi intra-cerebrali, l'eccitabilità del muscolo e del nervo è conservata. Ricordiamoci frattanto che la reazione alla corrente continua si osserva eziandio nelle paralisi atrofiche complete di ben più lunga durata.



Ecco perchè la galvanizzazione dei tronchi afferenti potrebb'essere adottata preferibilmente alle applicazioni dirette ai muscoli affetti, e dal modo differente di comportarsi della contrattilità galvanica o faradica, si potrebbe ricavarne una indicazione esatta, non senza qualche difficoltà, per l'uso della corrente alla quale i muscoli ammalati più obbediscono.

Le paralisi che si osservano nei *tisici*, ed intorno alle quali mi permetto dire qualche parola qui, non sono ancora ben comprese nella loro patogenesi, e senza dubbio non bisogna troppo preoccuparsi della cura là ove la nostra attenzione è richiamata su fatti molto più gravi. Si ammette una compressione del ricorrente per la lesione polmonare? Si potrà fare a meno dell'elettricità. Si diagnostica invece, una debolezza della corrente d'aria espirata? Sarebbe poco razionale tentare la contrattilità muscolare di queste ancie viventi, forse normali, là ove il difetto ha sede nel portavento. Nondimeno, poichè vi sono ammalati nei quali il ritorno della voce potrebbe sollevarne le condizioni morali, si proverà l'elettricità faradica o galvanica con poca speranza e senza troppo lusingarsi.

7.<sup>o</sup> Debbo aggiungere infine qualche cosa su di una osservazione personale. Ho visto, in un caso molto raro, la paralisi vocale di un lato come primo sintoma dell'*atrofia muscolare progressiva*.

Se le osservazioni si moltiplicassero e venissero a mia insaputa a confermare la possibilità che io anticipo, non vi è alcun dubbio che la galvanizzazione prolungata dei nervi spinali potrebbe apportare un miglioramento della nutrizione, dello sviluppo, dell'afflusso sanguigno e della funzione.

S'intende agevolmente che tutto ciò che ho detto, in generale, si riferisce all'applicazione diretta della elettricità (faringo-laringea).

Io non ho il dovere di dimostrare tutte le ragioni che hanno fatto dare la preferenza al primo metodo, perchè tutti l'hanno unanimamente accettato in pratica, e l'esperienza è la guida più sicura.

Non ho il dovere di dimostrare che gl'insuccessi che alcuni autori lamentano, in seguito all'uso del galvanismo, possono essere evitati sicuramente con applicazioni brevi e deboli, le quali non perdono per ciò la loro virtù meravigliosa, ed avendo cura d'interrompere sovente la corrente mediante l'interruttore dell'eccitatore laringeo.

Questa interruzione, che non potrà mai ravvicinarsi a quella della corrente d'induzione, avrà per iscopo di diminuire gli effetti termici e catalitici.

La debolezza di questa corrente è necessaria a causa della tenuità e dell'umidità della mucosa, che involge i muscoli sui quali bisogna agire.

La pratica, del resto, mostrerà a chiunque può dubitarne quanto io sia nel vero.

Ho scelto un punto ben netto, cioè, la paralisi limitata ad uno o più muscoli adduttori delle corde vocali; tutto ciò adunque che ho ritenuto sugli effetti delle due correnti messe in paragone, deve rapportarsi all'applicazione interna o diretta ai muscoli vocali.

In riassunto, credo potervi presentare le seguenti conclusioni relative al trattamento elettrico delle paralisi delle corde vocali:

1.° Non è indifferente adoperare la corrente faradica o galvanica;

2.° Il galvanismo, che non lascia temere alcuna conseguenza spiacevole, quando è bene impiegato, riesce in molte paralisi ove la faradizzazione fallisce; bisogna dunque accordargli tutto l'onore possibile;

3.° La corrente faradica può aiutare la continua, alternarsi con questa con vantaggio, ma non può sostituirla;

4.° Tutte queste differenze sono essenzialmente fondate sulla azione elettro-tonica del galvanismo ed eccito-motrice del faradismo. Sembra dunque che gli è da questo punto che devono scaturire le indicazioni speciali, perchè possano servirci di guida nel trattamento elettrico, dopo aver bene riconosciuta la causa intima della paralisi.

### XIII.

#### Caso di stenosi laringea.

#### Trattamento per le vie naturali: guarigione.

Se la cura radicale di una stenosi laringea è cosa possibile ai giorni nostri, lo deve alla *laringoscopia*. La possibilità di poter raggiungere con lo sguardo, e poscia con adatti strumenti le svariate lesioni che nella laringe s'indovano, sole o complicate, ha aperto vasto campo d'investigazioni e di processi operatorii ai cultori di questa branca. Forse meno per far chiasso di me, più per mostrare quanto di pratico e di efficace abbia arrecato alla clinica il laringoscopio, mi son deciso alla pubblicazione del caso presente; tanto più che non mi pare dei più comuni, e per la complicazione delle cause che ingenerarono il restringimento, e perchè un po'di luce potrà eziandio farsi sulla etiologia ed il trattamento di certe nevropatie laringee.

In gennaio 1872, presentavasi alla mia clinica privata Gaetano Mele di anni 40, celibe, nato e residente in Napoli, di discreto sviluppo scheletrico sebbene linfatico, appartenente a sanita famiglia. E cuoco, ed ha esercitato da bambino tale mestiere. Fanciullo ancora, soffrì di anasarca, ma ne guarì completamente e presto poscia si contagiò di scabbia. — A 12 anni contrasse ulceri e blenorragia a cui seguirono bubboni non suppurati. Guarì in 2 mesi dallo scolo, in 5 dagli ulceri multipli; ma di tempo in tempo seguì a contrarne altri fino a 15 anni indietro. Sin da un'epoca prossima al primo contagio ebbe dolori osteocopi che cedettero al mercurio; durarono 3 mesi, nè mai si riprodussero con eguale o notevole intensità — mai altra manifestazione di sorta. Or son dieci anni, cominciò ad avere placche mucose alla gola e sulla mucosa orale, e queste si son sempre riprodotte fino a 2 anni fa. Trenta mesi indietro, mentre le placche scomparivano dalla bocca, recossi ad un divertimento di ballo, e vi passò la notte in grande attività. Nel mattino provò sensazione come di catarro gutturale e perdette quasi totalmente la voce. Fattosi osservare da un medico, non si constatò altro che una iperemia della dietrobocca: per lo che fece cura antireumatica per pochi giorni, ma senza che la voce minimamente migliorasse. — La deglutizione e la respirazione erano perfettissime; e fu solamente parecchi giorni dopo, che cominciò ad avvertire dispnea soprattutto nel cammino ed in altri esercizi corporei. Gli venne con-

sigliato il joduro potassico e la tisana del Pollini — poco o niente migliorò la voce, per nulla la dispnea.

Dopo 40 giorni tentò invece il sublimato e lo continuò per un egual periodo di tempo; e non trovandovi del pari alcun vantaggio, si presentò ad uno specialista in Napoli stesso. Ogni trattamento generale fu sospeso, le pennellazioni intra-laringee con soluzioni più o meno concentrate di nitrato di argento furono le sole adottate. Migliorò la voce, non minorò la dispnea. A capo di un mese si ebbe ricorso alla elettricità, applicando un polo esternamente sulla laringe, l'altro sul velo pendolo; ma quantunque la si fosse continuata per circa un anno, non ebbe mai altri vantaggi. — Fè sosta allora in tutto per 10 mesi; epperò aumentata l'oppressione respiratoria per la sospensione della cura, per una intermittente sofferta e dopo un catarro contratto, si diresse a me.

E dopo averlo udito raccontare la sua lunga storia, mi accorsi che veramente alla laringe dovea portarsi tutta l'attenzione.

Respirazione stridula ed affannosa, sibilo cioè aspro e forte che accompagnava ogni atto inspiratorio anche dopo il completo riposo; tutti i muscoli respiratorii ausiliarii in massima attività, specialmente dopo aver pronunziato qualche frase breve ed interrotta, a cui seguiva il lungo ed aspro stridore, indizio del bisogno in cui versava di provvedersi prontamente di aria. La voce era rauca ed esile, di timbro spiacevolmente aspro. Lagnavasi di una tosse pertinace e superficiale, secca, nonchè di leggiera difficoltà nel deglutire per la molesta sensazione quasi di corpo estraneo che provava nella gola. Avvertiva inoltre un senso grave di costrizione al precordio sinistro, ma la percussione e l'ascoltazione non giustificavano altro che un enfisema pulmonare marginale con discreta dilatazione ed ipertrofia del ventricolo destro. Ciò che più lo tormentava, erano i gravi accessi di spasmo laringeo che si verificavano durante il sonno, il quale era esso stesso accompagnato da un aspro russo; l'infermo temeva della sua vita.—Era anemico in volto, e sebbene le pupille fossero ristrette da pregresse sofferenze oculari (che datavano da qualche tempo) pure per la sporgenza dei globi e per la espressione, la sua fisionomia acquistava l'impronta caratteristica di colui che sente il difetto di aria. Constatammo da ultimo ingorgo dei ganglii linfatici retrocervicali ed inguinali, e la presenza di cicatrici nodulari sul ghiande.

E con precauzione e pazienza imprendemmo l'esame laringoscopico. L'istmo delle fauci e la faringe nulla presentavano di anormale; sana del pari mostravasi l'epiglottide nonchè i ligamenti ari-epiglottici. Le false corde vocali invece erano di color rosso-fosco, frastagliati e gonfi i loro bordi liberi; sulla superficie superiore punti suppuranti che delineavano più o meno esattamente la presenza di ulceri serpiginosi; verso l'angolo d'inserzione anteriore non riusciva



più seguire i loro attacchi distinti, ed una ombra intensa era proiettata sullo spazio glottico corrispondente, sì da renderne estremamente difficile lo esame. — Le aritenoidi erano gonfie e rosse più del normale (ciò che spiegava la disfagia), integra però la mucosa inter-aritenoidea.

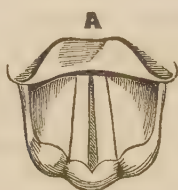
Per questi fatti, la esplorazione della regione glottica (che dovea esser la decisiva) anche malgrado una fortissima sorgente luminosa di cui dispongo (apparecchio Lewin con lampada a gas), non fu possibile se non dopo accorti e reiterati tentativi—giacchè sia per la grave stenosi in atto, sia per lo strano aspetto che prendeva quella laringe, era assai difficile arrivare a positivi dati semiotici. Epperò ci venne fatto scorgere *briglie neoplastiche tese orizzontalmente quali sottili nastri tra le false corde vocali e qualcuna fra le vere*, e nello spazio che lasciavano, pus e detrito di mucosa mortificata. Fattore principale della stenosi era il mancante movimento di abduzione delle corde vocali, sì che queste (visibili appena nei loro due terzi posteriori, e rosse) anche durante le forzate inspirazioni non si divaricavano al di là di tre millimetri per quanto ci riuscì valutare, e nella espirazione forzata di tre millimetri e mezzo a quattro.

Ammettere dunque una stenosi ed una laringite ulcerosa era assai ovvia cosa; la presenza del pus, lo sfrangiamento delle false corde, l'edema collaterale, ne erano chiari indizii, ed in conferma le briglie neoplastiche estese trasversalmente nel terzo anteriore dei ligamenti vocali veri e falsi, come esito possibile di processi ulcerosi in siti assai ravvicinati; nè era difficile ritenere per *sifilitica* la laringite ulcerosa, giacchè la etiologia di un chiaro contagio, i dolori osteocopii curati coi mercuriali, le placche mucose ed una pregressa iridite, l'ingorgo dei ganglii retro-cervicali deponevano nettamente per una lue in atto; e poi la sede delle ulcerazioni, il corso e la osservazione polmonare doveano dissipare ogni minimo sospetto di tisichezza polmonare o laringea. Il punto culminante della questione, che direttamente interessava la terapia, era invece il seguente.

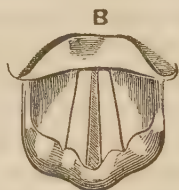
Il mancato movimento di abduzione delle corde (fattore massimo della stenosi) era mantenuto dalle contratte aderenze; ovvero trattavasi di una paralisi bilaterale degli abduttori, per cui ravvicinate le corde, anche durante la inspirazione, facilmente erasi complicata l'aderenza? Nel primo caso la rottura delle briglie avrebbe dovuto ristabilire per incanto la respirazione; nel secondo ben poco era a sperare.

Per vero, la paralisi bilaterale degli abduttori delle corde vocali, che sono i soli crico-aritenoidei posteriori, agisce a mo'dei tumori intra-laringei che occludono più o men completamente la rima glottica; perchè non ritirandosi durante la inspirazione dalla linea mediana amendue le corde, restano ad occupare, come corpi estranei,

lo spazio glottideo; mentre nella espirazione, passivamente distese dalla colonna d'aria ascendente, lo spazio residuo è alquanto più considerevole di quel che sia durante la inspirazione, così come può vedersi dall'annessa figura.



A. Inspirazione.



B. Espirazione forzata.

Io mi fermo su questa speciale condizione morbosa, giacchè oggi è risaputa l'importanza che acquistano le paralisi laringee a seconda che interessano i muscoli fonatori od i respiratorii. Colpiti i primi, si hanno in campo dissemi vocali; interessati i secondi, fenomeni invece di respirazione stridula. Dopo Türk e Gerhardt, la scienza dovrà eternamente ricordare il nome di Morell Mackenzie di Londra, il primo che abbia tracciato capitoli distinti delle paralisi di ogni singolo muscolo intrinseco della laringe, nella dotta sua monografia: « *La raucedine, la perdita della voce e la respirazione stridula in rapporto alle affezioni nerreo-muscolari della laringe* », da me tradotta.

E questa condizione patologica, la paralisi bilaterale degli abductori, difficilmente, se non quasi mai risente di un metodo curativo; vuoi perchè è ardua l'applicazione della elettricità senza temere spasmi pericolosi nelle gravi condizioni di stenosi, vuoi perchè ci sta di contro la etiologia. Si sa difatti che la malattia è generalmente indotta da cause cerebrali, da pressioni sui ricorrenti o sui pneumogastrici, da depositi scrofolosi nelle glandole bronchiali e cervicali, dal cancro dell'esofago diffuso specialmente alla sua parete anteriore, e più frequentemente da dissemi centrali del sistema nervoso. È perciò che la sola *tracheotomia* figura come cura sintomatica di sì grave lesione. Ond'è che fui sollecito a rovistare con quanta diligenza potetti tutti i punti del pulmone, dei mediastini: il cuore, i ganglii linfatici, ma nulla trovai che avesse potuto giustificare il sospetto di una occulta pressione sui ricorrenti.

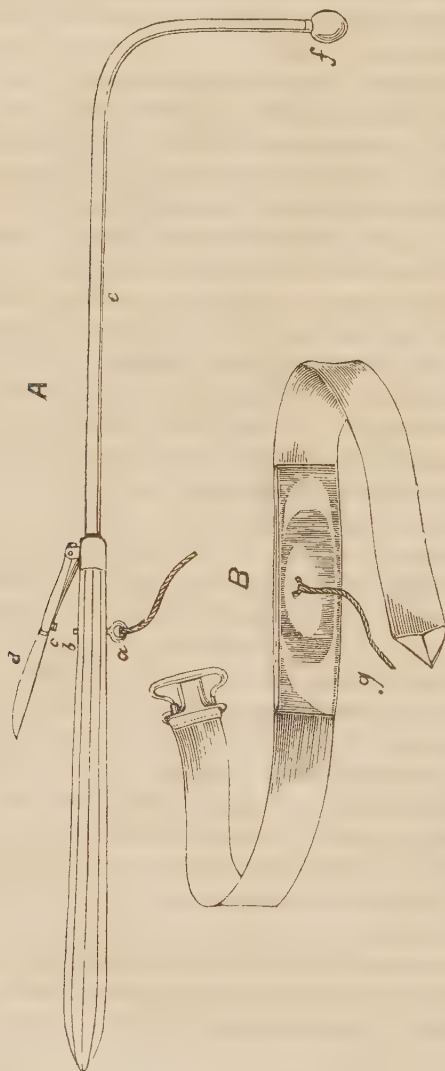
Resa così viva in me la speranza che rotta l'aderenza avrei potuto guadagnare la stenosi; convinto che le ulcerazioni potevano venire curate in secondo tempo; ansioso di chiarire col criterio terapeutico la mia diagnosi, nella seconda visita, in presenza dei dott. de Cunzo, Aquaro, de Innocentiis, colla guida sempre dello specchio laringeo e con lo scarificatore a lama nascosta di Mandl, io ruppi

in ripetuti tentativi le aderenze fatte dalle briglie neoplastiche trasversalmente distese nel terzo anteriore della glottide, ritirandone perfino una porzione attaccata alla punta della lama dello scarificatore; feci espire per qualche momento il poco sangue emorragico, e nello scopo di mantenere il divaricamento, cauterizzai con saturata soluzione di nitrato di argento il punto leso. L'infermo si sentì non poco sollevato. Nel dì seguente l'esame laringoscopico riusciva più facile: l'ombra progettata sulla regione glottidea era assai minorata, ma esisteva tuttavia qualche altra briglia, e le vere corde vocali erano immobili sulla linea mediana durante ogni inspirazione, così come nel giorno innanzi. Ripetetti la stessa manovra e riuscii a togliere ogni traccia di briglia. Sebbene meno intensi, i segni dello stringimento laringeo però persistevano, nè mi riusciva veder migliorato il movimento delle corde, sì che a capo di qualche altro giorno io dovetti convenire sulla dura realtà di una paralisi dei muscoli crico-aritenoidei, i soli dilatatori della glottide; e dico dura la realtà del caso, giacchè ripeto essere già provata in laringoscopia la difficoltà della ripristinazione del movimento mercè la corrente galvanica. Epperò la certezza ch'io aveva che nessun fatto polmonare, cardiaco-vascolare o cerebrale, poteva spiegare una lesione all'origine o sul decorso dei pneumogastrici e dei ricorrenti, mi faceano sempre ripetere tra me e me: or perchè codesta paralisi, ammessa che la sia periferica ed idiopatica, non può cedere come le altre che portano sugli altri territorii muscolari della laringe, alla corrente? Ma a questo pure il classico libro del Mackenzie rispondeva, dimostrando i pericoli della soffocazione da un canto, e l'atrofia muscolare che nei crico-aritenoidei posteriori è molto più facile a svilupparsi di quello che nol sia in tutti gli altri muscoli intrinseci della laringe. Singolare dogma clinico, ripeteva io! la paralisi dei muscoli fonatori (adduttori, tensori attivi e passivi) così facile a vincerli, così ostinata e ribelle quella degli abduttori! Afonie annose che cedono a poche sedute di elettricità! stenosi legate ad ugual fatto paralitico, per sede solo diverso, che resistono allo stesso mezzo curativo!

Pur, sia voglia di convincermi sperimentalmente, sia speranza che nudrissi di possibile curagione, a capo di qualche mese, e dopo aver completamente domata la laringite ulcerosa (1), cominciai l'uso della elettricità.

(1) A questo scopo usammo: le varie inalazioni astringenti (nebulizzatori Siegle) - le fumigazioni d'idroclorato di ammoniaca (apparecchio Lewin) che riuscirono splendidissime - i toccamenti alterni di tintura jodica, e di nitrato di argento. Internamente consigliamo l'ioduro potassico (da 1 gramma in su) - la china ed il ferro.

Mi son sempre servito dell'elettrode Mackenzie, e della cravatta annessa all'istrumento del quale riproduco qui il disegno, pubblicato nella citata monografia.



*A.* Elettrode laringeo: *a*—anello metallico mediante il quale l'elettrode è connesso mediante una catena, o con una pia o con una macchina magneto-elettrica; *b*—estremità di un filo metallico comunicante con *a*; *c*—punta metallica che quando si preme sul manico di avorio *d*, tocca *b*. La corrente allora passa lungo l'asta metallica *e* (che è isolata in caoutchouc) fino al rigonfiamento *f*. Il manico è di legno.

*B.* Cravatta che si applica al paziente; *g* — catena mediante la quale la cravatta si connette all'apparecchio elettrico.

Poggiava il polo interno o laringeo, alternativamente nella fossa joidea e nella faccia posteriore delle aritneoidi, ove corrispondono appunto i crico-aritenoidei posteriori. Per circa un mese la elettricità fu applicata quòtidianamente, e procurava gravi accessi di spasmo all'infermo; in giorni alterni per un egual periodo di tempo, e due



volte per settimana nel resto, fino ad oggi; cioè in tutto tre mesi. Con mia soddisfazione, e dirò pure con meraviglia sentivo ripetere dall'infermo che non solo la tosse, la disfagia e la disfonia lo avevano abbandonato (grazie alle già praticate cure contro la laringite), ma la sua dispnea sensibilmente minorava, gli accessi notturni erano meno intensi, e la famiglia consolata dal non sentire più nel sonno l'aspro e forte rantolo che involontariamente cagionava. Coincidentemente a questa sua relazione io vedevo gradatamente, sebbene con incredibile lentezza, divenire sempre più ampia la rima glottidea, fino al punto che se oggi essa non raggiunge le normali dimensioni, di poco vi s'allontana e permette all'infermo di parlare a lungo con voce forte e tonante, di correre, montar le scale ecc. senza alcuno inconveniente. Valuto ad 1 centimetro circa la separazione delle corde nella porzione inter-cartilaginea, durante la forzata inspirazione. Lo infermo persevera, benchè più a raro, nelle applicazioni elettriche.

Ed è dopo i risultati ottenuti, che riandando sulla etiologia della paralisi in parola, mi sembra poterne dedurre i seguenti corollarii:

1° La paralisi degli abduttori delle corde vocali può essere periferica ed idiopatica, scongiunta dall'atrofia dei muscoli. (Lo prova la cura, i successi ottenuti, e la osservazione che non discopre pressione di sorta sui ricorrenti).

2° Probabilmente al pari di quella degli adduttori riconosce la causa reumatica. (Nel caso nostro ci ha fuori dubbio lue confermata, ma se si voglia tenere presente la origine del morbo, ed il fatto che fin oggi paralisi sifilitiche di simil genere non sono conosciute, si potrà considerare qual fatto distinto la laringite ulcerosa, e trovare nel mestiere (cuoco) la predisposizione).

3° Al pari della paralisi dei fonatori, in circostanze analoghe al caso citato, scartata ogni pressione sui ricorrenti o qualunque fatto cerebrale, può, la paralisi degli abduttori, giovare della elettricità (contrariamente a quanto si ritenne fin oggi dai più recenti scrittori) cautamente però e con perseveranza applicata.

Ond'è che per tal modo parmi giustificata abbastanza la pubblicazione del caso presente il quale, com'io fin da principio diceva, può rischiarare un punto etiologico della paralisi bilaterale degli abduttori, mostrare l'utilità della elettricità localizzata anche in questi casi, persuadere sempre più i clinici della importanza diagnostica e terapeutica che ha il laringoscopio, il quale nel caso nostro se pur non vogliasi dire aver conservata all'infermo la vita, lo ha certamente sottratto ai pericoli della tracheotomia od al martirio di portare per sempre la cannula.

Napoli, maggio 1872.

(Estratto dallo *Sperimentale*, anno XXV, 1873).

## Caso di stenosi faringo-laringea.

Un giovanotto di 17 anni, un tal Cangiano Augusto, linfatico, sin dal 1875 si diressè a me per infiltramenti gommosi del velo pendolo, i quali nel 1876 recidivarono e si estesero alla laringe, inducendo laringo-stenosi e raucedine; ne guarì per bene.

Pare che la infezione celtica fosse stata contratta 4 anni avanti, ed in modo del tutto accidentale.

Dopo un certo tempo, il Cangiano ritornò al dispensario: la voce avea un timbro nasale, ci erano inoltre i segni di una speciale disfagia. Egli, cioè, insieme alla madre che lo accompagnava, ci assicurava che non solo era mestieri masticare per lungo tempo gli alimenti, ma gli riusciva impossibile deglutire senza bere, a piccoli sorsi, bene inteso, e con numerose soste. Malgrado tutto ciò, briciole di alimenti e goccioline di liquido volentieri scappavano, provocando tosse e vomito di residui del bolo. Per dare una idea del genere della disfagia, aggiungerò che il 25 giugno 1878, mentre era già in via di notevole miglioramento, in presenza dei dott. Gervasio e Masucci, somministrai all'infermo 10 grammi di pane, raccomandandogli di mettere il massimo impegno nel deglutire: egli ha impiegato 3 minuti primi per compir l'atto, ed è stato obbligato a bere due volte.

L'esame laringoscopico mostrò che per tutta l'ampiezza della faringe esisteva un diaframma di resistente tessuto fibroso, di color rosso pallido, il quale facendo corpo e continuazione con la epiglottide, occludeva interamente l'imbuto faringeo, estendendosi lateralmente ed immedesimandosi ai ligamenti faringo-epiglottici, per raggiungere indietro la parete posteriore. Un foro, di forma ovoidale, il diametro più lungo del quale di appena 7 ad 8 millimetri era nel senso antero-posteriore, e largo poco più, poco meno di 5 millimetri, era quello attraverso cui filtravano, se mi si permette la parola, gli alimenti, le bevande e l'aria respirabile. Questo foro, posto nella parte laterale sinistra, corrispondeva al disopra della cartilagine aritenoidea dello stesso lato, l'unica parte della laringe che si poteva esplorare e riconoscere ai movimenti, coprendo tutto il resto il tessuto neoformato. La esplorazione digitale confermava ciò che la vista avea scoperto, ed il sondaggio con varii cateteri ci as-

sicurava pure che quella che si vedeva, era l'unica apertura comune al passaggio degli alimenti e dell'aria.

Si trattava dunque di stenosi faringo-laringea, appunto perchè la sede era l'ultimo tratto della faringe, quello che gli anatomici designano col nome di porzione faringo-laringea, e che insieme alla faringo-nasale completa ciò che chiamansi fauci o dietrobocca.

Non occorre ch'io spenda parole per provare in qual modo la detta lesione spiegasse a capello i turbamenti funzionali verificatisi nella respirazione e nella deglutizione, rendendo conto di ogni cosa la barriera insuperabile messa lì, in quella regione, ed il timbro speciale della voce la quale non poteva più risuonare nel cavo faringo-nasale.

C'era piuttosto da meravigliarsi perchè non fosse avvenuta soffocazione, e quel giovanotto, che era artigiano e poco curante di se stesso, si fosse fatto uno scrupolo di lasciarsi vedere sol quando i fenomeni erano avanzati al punto da mettere in serio pericolo la sua vita. Nè mi sembra che ci sia tampoco a discutere sul modo ond'erasi svolta la laringo-stenosi, se richiamiamo alla memoria i profondi guasti che la sifilide avea prodotto in lui, lasciando la impronta del suo passaggio anche dopo guarita l'ulcera, con l'eredità di un tessuto fibroso neoformato, il quale proliferando poco a poco, sotto forma circolare, avea rispettato appena alcuni millimetri di spazio, perchè si compissero, a tutto rischio e pericolo, le più importanti funzioni.

Chi potrà negare che in questa circostanza fu lo specchio laringeo che c'istruì sulla vera cagione sotto cui si raggruppavano tanti sintomi? Convengo che per spiegare il nesso loro, si dovea logicamente pensare ad un ostacolo comune al canale alimentare ed a quello respiratorio; che la esplorazione col dito e le sonde poteva fornire buoni dati; che l'anamnesi rischiarava assai il giudizio; ma quando oltre al toccarla, la si vede una lesione, io credo non ci sia bisogno di arrabattarsi per convenire che questi siano vantaggi senza pari. I quali poi si rendono, e furono segnalati nella cura: intorno ad essa mi corre l'obbligo di aggiungere qualche cosa, perchè il metodo curativo al quale m'ispirai, vorrei si accreditasse in circostanze simili.

Innanzitutto s'intende benissimo che sarebbe stato vano attendere dal trattamento generale la scomparsa di quel tessuto esteso, resistente, organizzato; e ridicolo l'uso delle polverizzazioni o di altri rimedi comunque portati in sito. Lì era mestieri o sbrigliare su vasta scala e cauterizzare, ovvero distruggere col galvano-cauterio. Dirò francamente che col primo processo io temeva la emorragia (1):

(1) Il dott. Heinze di Lipsia, ha difatti al 1° Congresso Internazionale di

col secondo l'edema, e lo spazio per respirare era già angusto assai. Pensai quindi allargare la via in prima con un catetere, e quando guadagnai qualche linea, affine di andare più spiccio, tentai la divulsione forzata. Introdussi cioè una delle ordinarie pinze a popoli laringei che aprono nel senso trasversale, e quando, sempre sulla guida dello specchio, vedeva e sentiva dalla mancata resistenza che era penetrato nel foro, divaricava, secondo tolleranza le branche. Il processo era sicuro e mi menò a soddisfacenti esiti, sì che la deglutizione prontamente si rese più facile e pure il respiro.

Supposto che in altri tempi non si avesse potuto praticare l'esame laringoscopico, restando dei dubbj e stretti dall'urgenza, si sarebbe proposta la tracheotomia; ma questa non avrebbe rimediato che ad un danno solo, e la deglutizione restava sempre difficile od impossibile. E se per favorevoli condizioni si avesse potuto matematicamente riconoscere quel forellino, non so quanto avrebbe potuto la cura locale senza una guida sicura per lasciarvi semplicemente penetrare una sonda di piccolissimo calibro.

L'infermo disertò il dispensario quando si accorse di aver guadagnato abbastanza, ma non certamente secondo i miei desideri. Però lo stridore quasi scomparve ed il foro erasi allargato così da lasciarmi scoprire in massima parte la cavità, meno a destra, ove il tessuto fibroso nascondeva tuttavia porzione dell'organo.

Le stenosi faringo-laringee non sono facili ad osservarsi: lo dice la storia ch'è povera di casi, lo spiega l'anatomia se per poco ci ricordiamo delle ampie dimensioni dello imbuto faringeo: laonde la relazione del caso presente mi pare resti giustificata, in ispecie perchè la stenosi era assai grave, e poi perchè conferma i buoni effetti della divulsione forzata e la sua facilità di esecuzione, grazie al laringoscopio (1).

---

Laringologia in Milano, riferito intorno ad una emorragia così grave, in un caso del genere, che dovette allacciare la carotide.

(1) La relazione di questo caso completa la lettura che feci al Congresso di Pisa, nella tornata del 24 settembre 1878 (v. § VI. *Atte della laringe* pag. 62).



## Sifilide gommosa delle corde vocali.

Un autore competentissimo, lo Ziemssen, nel suo « *Manuale di patologia e terapia speciale*, » un libro che è nelle mani della maggior parte dei medici, moderno per quanto completo, ha scritto questo a proposito della sifilide laringea :

« La gomma od il sifiloma della mucosa laringea non è stata come tale, sinora sufficientemente studiata sul vivo ».

La sentenza, severa ma giusta, mi risparmierà senza dubbio ogni altra giustificazione intorno all'argomento prescelto, e mostrerà nel contempo che lo studio migliore delle lesioni anatomiche delle malattie laringee, è quello confortato dalla diretta esplorazione che mette sotto gli occhi l'alterazione materiale tal qual'è, partecipante nelle sue deviazioni dal tipo normale, alla vita dell'organo e della intera economia.

Questa lacuna relativa alla sifilide gommosa laringea sarà, ne metto pegno, ben presto colmata, oggi che la laringoscopia guadagna terreno, ed a mente mia non sarebbe punto esistita se taluni autori (come ad esempio il Türck) non avessero scambiata una cosa per un'altra ; tanto più che dalle statistiche del Willigk, di Gerhardt e Roth, di Engelsted, di Lewin e Sommerbrodt, la frequenza con cui la laringe è colpita dalla sifilide è tale da fornire un materiale piuttosto vasto. Nel mio dispensario, che conta già 10 anni di vita, la sifilide faringo-laringea è la rubrica di circa la metà dei casi, e desta la meraviglia, per la sua frequenza, nei giovani che vi assistono.

Malgrado ciò, io ripeto, non è difficile l'errore sulla interpretazione della lesione laringea, per due buone ragioni :

1° Perchè certe fiata quella della laringe è la sola alterazione ricordata, o reale, da cui si possa argomentare la infezione ;

2° Perchè quando l'offesa è circoscritta e non subisce tutta la fase di evoluzione, la si può equivocare con una cronica laringite.

Ciò vale soprattutto per l'infiltrato gommoso delle corde vocali, di quella forma che mi ha suggerita la presente comunicazione.

La sifilide gommosa della laringe è, tra le manifestazioni specifiche di quella sede, la più frequente a vedersi. Il così detto *catarro sifilitico* è tuttavia un problema ; le *placche mucose*, una eccezione ; le *eruzioni papulo-nodose*, un ricordo storico.

La grande famiglia delle ulcerazioni sifilitiche della laringe, quella non meno estesa delle consecutive stenosi, e tutte le gravi flogosi del pericondrio e delle cartilagini, si ripetono unicamente da una forma iniziale, l'infiltramento gommoso, circoscritto o diffuso, superficiale o profondo, ulcerato o non ulcerato.

Nella forma diffusa, salvo talune predilezioni di dubbia fede, non v'ha tessuto che resti rispettato, il granuloma si è svolto sulla epiglottide ed i ligamenti ari-epiglottici, sui ligamenti tiro-aritenoidei superiori o nei ventricoli, ma estendendosi ed approfondendosi, e soprattutto ulcerandosi, desta la pericondrite suppurativa, usura il tessuto fibroso dei ligamenti vocali, distrugge le articolazioni crico-aritenoidee, necrosa le cartilagini, ed in questa fase, od in quella non meno triste delle cicatrizzazioni deformi, invano tu cercheresti indagare il punto donde partì l'incendio!

Questa manifestazione classica, nota agli antichi e che è stata recentemente illustrata dal laringoscopio, è la meno controversa: può, invero, esister testimone unica della generale infezione, ma è ben raro che dia luogo a divergenze diagnostiche, e reclami urgentemente l'intervento locale.

Non così di un'altra manifestazione insidiosa, la quale colpendo a preferenza talune parti, e decorrendo con metro lento e subdolo, inganna l'osservatore, anche che costui sia un esperto laringoscopista. È appunto quella che io vorrei si chiamasse: « sifilide gommosa delle corde vocali ».

Ma mi conviene dimostrare perchè io mal non mi appongo nel dichiarare tale questa lesione, mi convien descriverla nei suoi particolari. Lo farò volentieri dopo una esperienza piuttosto lunga, e sceglierò qualche osservazione tipica che sarà grandemente utile al fatto mio.

Della sifilide gommosa delle vere corde vocali sembra che parli il Türck nella sua « Clinica », quando dice di aver visto là, in quelle sedi, ed altrove, ispessimenti della mucosa e del tessuto sottomucoso in individui sifilitici, ma egli riporta queste alterazioni a semplici turbamenti nutritivi per flogosi cronica. Più esplicito egli è quando riferisce un bel caso di gomma sotto-glottica, riportando una figura che nettamente ricorda la lesione (op. cit. fig. 154, pag. 389, caso 130). Waldenburg, Mandl, Norton, Nicolas-Duranty, descrivono i noduli gommosi, e questi due ultimi raccontano fatti analoghi a quelli del Türck. Ma la forma della quale io intendo discorrere, non viene punto particolareggiata, ed è ormai mestieri che per la specialità dei sintomi obiettivi e funzionali, ella sia delineata a contorni precisi.

*Reperto laringoscopico.* — Nell'infiltrato circoscritto alle corde vocali, cioè in quello che esclusivamente costituisce l'argomento della

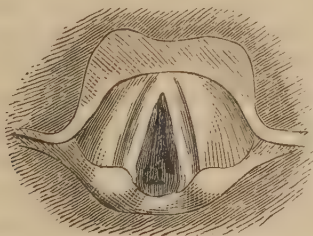
presente nota, la cavità laringea può apparire sana per colorito, per calibro. Durante la fonazione, le corde si vedono persino conservare il loro colorito bianco-perlaceo, e si ravvicinano bene pei loro margini liberi.

Ma non appena l'infermo inspira, la lesione si rende evidente. La rima glottidea è ristretta in ragion diretta della estensione dello infiltrato, potendo venir ridotta ad angustissime proporzioni. Il suo aspetto varia a secondo della regolarità od irregolarità che l'infiltrato conserva, e la sede unica o doppia. In generale però la forma triangolare è conservata, giacchè il processo morboso invade una od entrambe le corde nel senso del loro diametro antero-posteriore. La rima misura esattamente il grado della laringo-stenosi. L'ostacolo materiale è rappresentato da una tumescenza più o meno irregolare che si vede immediatamente al di sotto della corda, ma con la quale fa corpo, e mentre impaccia il movimento di abduzione della medesima, sporge immediatamente al di sotto del suo margine libero. Il colorito di questa tumescenza è rosso-fosco, intermezzato da piccoli punti giallicci, simili ad ascessolini follicolari che più volentieri compaiono sopra i punti più sporgenti dello infiltrato. Il quale, sebbene abbastanza equabilmente diffuso per quasi tutta la lunghezza del ligamento vocale, può presentare in qualche punto delle sporgenze a mò di bernoccoli che tendono ad avvicinarsi al margine libero della corda, e raggiungerlo perfino o superarlo.

Ond'è che questa, di color bianco, appare inquadrata in un cerchio rosso-cupo, di limiti più o meno irregolari.

Benchè disegnata in nero, l'annessa figura (che feci a bella posta ritrarre dal vero), rende una idea esatta di un caso tipico d'infiltramento gommoso che cominciato dalla corda vocale sinistra, ove

Fig. 1.

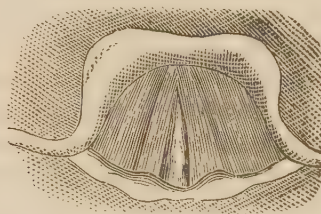


si sviluppò più intenso, si è poscia diffuso anche al lato destro. In vista dell'ombra che l'infiltrato proietta sulle parti sottostanti, intercettando il cammino di buona porzione dei raggi luminosi, la regione sotto-glottica si esplora con grande difficoltà.

La tracheoscopia per trasparenza, come io la consiglio e pratico

da qualche tempo, dà un'aia luminosa, che è la riproduzione fedele dello spazio glottico, come si vede dalla seconda figura. Nel primo caso, cioè nella ordinaria laringoscopia, la cavità laringea è bene illuminata e non si designa come un'aia oscura che la sola rima glottidea; nell'altro, quando cioè la illuminazione si pratica da sotto in sopra, i raggi luminosi non potendo più attraversare i tessuti ispessiti, danno nello specchietto una immagine luminosa del solo spazio che rimane durante l'atto inspiratorio. È in tali emergenze che questo esame riesce utile a persuadere l'osservatore della maggiore o minore limitazione dello infiltrato nello spazio sotto-glottico.

Fig. 2.



*Patologia.* — Ripetere in questo luogo le note istologiche dell'infiltrato gommoso, sarebbe deviare dalla tesi che ci siamo proposta: dirò solamente in breve che mentre Ricord ed Hunter riguardavano le gomme come una essudazione di linfa plastica, e Lebert si affannava, ma invano, a trovarvi un elemento specifico, Robin ci vide piccoli elementi di cellule o nuclei liberi che resistevano all'azione dell'acido acetico, e che chiamò *cytoblastions*. Foerster schiera le gomme fra i tumori a cellule linfatiche, opinione che non fu abbracciata. Ed invece si fece eco alle vedute del Virchow, perchè dalla maggior parte si ritenne la gomma costituita da un *tessuto di granulazione (granuloma)*, o tessuto infiammatorio sinonimo di *botone carnoso*. Lancereaux, Billroth, Wagner, non si discostano grandemente, ritenendo in massima una proliferazione del tessuto connettivo di carattere puramente e semplicemente infiammatorio.

Per le corde vocali, pare che i fatti rispondano alla teoria, perchè non si tratta già di una forma neoplastica ben circoscritta, ma diffusa, costituendo cioè meglio quello che convenzionalmente si denomina *infiltrato*. La sede che presceglie è la faccia inferiore delle corde vocali — ed è ciò che ci rende poi esatto conto dell'aspetto che piglia la cavità quando è esplorata con l'ordinario processo di laringoscopia. — Noi sappiamo infatti che le corde vocali, costituite da un valido e resistente ligamento fibro-elastico, rappresentano un prisma triangolare coricato nel senso antero-posteriore, la faccia esterna del quale aderisce alle parete laringea, ond'è che restano



libere due facce, la superiore, orizzontale, l'altra obliqua diretta in giù ed in dentro. Così, guardando la loro superficie inferiore dall'alto in basso, nel momento in cui le corde sono ravvicinate, come ad esempio nella tracheoscopia secondo il processo di Neudörfer, cade sotto lo sguardo non più un piano orizzontale, ma una volta leggermente concava. Ora, la sifilide gommosa presceglie appunto, quando invade le corde, questa superficie inferiore; la proliferazione ha dunque luogo tutta a spese del connettivo sotto-mucoso di quella sede, e poichè lo spazio è maggiore, il processo si dilata nella regione sotto-glottica, rispettando, quasi d'ordinario, e quando non è considerevole, il margine libero delle corde vocali, le quali perciò poco soffrono durante il movimento di adduzione alla linea mediana.

Osservando diligentemente molte laringi di individui sani con l'aiuto dello specchio laringeo, io ho potuto convincermi che la mucosa, la quale nella superficie inferiore delle corde vi aderisce men validamente di ciò che sia nella faccia superiore, costituisce in certi soggetti, normalmente, una specie di rigonfiamento verso la inserzione aritenoidea della corda, quasi una sorta di ernia, perfettamente ravvisabile. È proprio quel punto il prediletto dallo infiltrato, il quale sebbene diffuso per tutta la lunghezza, si accentua maggiormente in quel posto. Una spiegazione plausibile di questa preferenza di sede sembra che possa unicamente trovarsi nella laschezza maggiore della mucosa, e nella relativa preponderanza di tessuto congiuntivo.

Comunque però vadano le cose, certo è che l'ispessimento dei tessuti, esteso talora fino in prossimità delle articolazioni crico-aritenoidee, è causa potentissima di un ostacolo ai movimenti di adduzione a preferenza, cosicchè da un canto la tumefazione delle parti, dall'altra l'anchilosi di quelle articolazioni, spiegherebbero a meraviglia la laringo-stenosi, ch'è il fatto più lamentevole e culminante di questo processo morboso, precisamente come uno ispessimento qualunque, peri-articolare, ostacola i moti di un arto e lo immobilizza.

L'infiltrato gommoso delle corde vecali, forse per la resistenza dei tessuti presso cui si svolge e l'assenza di un lasco connettivo sotto-mucoso, di rado subisce la fase ulcerante; ma questa resta sempre tra i possibili.

Quello stato caseoso particolare, caratterizzato dalla consistenza e la durezza dei tessuti, pare anche confermato dall'aspetto della parte e dal decorso lento del male, che espone perciò stesso a gravi pericoli.

In qualcuno dei casi che sono caduti alla mia osservazione, ha avuto luogo un lento e graduale riassorbimento sino a perfetta guarigione, con completo ripristinamento della mobilità delle corde vo-

cali; ma non bisogna dimenticare che con lo esplicarsi della fase ulcerante possono residuare perdite di sostanze o cicatrici deformi che compromettono per sempre la funzione delle parti.

*Sintomi.* — Dopo quello che abbiamo detto del reperto laringoscopico e di fisiologia patologica, è facile indovinare quali siano i turbamenti funzionali coi quali si rivela la sifilide gommosa delle corde vocali.

Il sintoma principale è la *dispnea* per la laringo-stenosi, la quale tiene, come fu detto, a due fattori: difetto di abduzione di una o due corde vocali, impicciolimento della rima glottidea per aumento di volume dei ligamenti vocali. La laringo-stenosi può esser perciò, proporzionatamente, più o meno accentuata, tale da mettere in immediato pericolo la vita del paziente, o così mite da sfuggire alla sua attenzione e venire denunziata solo dopo attente dimande e dietro la esplorazione laringoscopica.

Lo stridore che ne conseguita, più o meno intenso, si lascia egualmente sentire nei due tempi, ond'è che la dispnea è inspiratoria ed espiratoria. La unilateralità o bilateralità della lesione anatomica, come la rivela lo specchio laringeo, non tiene gran parte sul grado dello stringimento, giacchè questo può esser grave se l'infiltrato è considerevole per una corda soltanto, e viceversa mite, se la manifestazione, pur scegliendo per sede le due corde vocali, è poco accentuata.

Lo stringimento della cavità laringea, che porta con sè tutti gli altri fenomeni comuni alle laringo-stenosi, dei quali facciam grazia al lettore (perchè troppo noti), può subire alternative di miglioramenti e peggioramenti, sia perchè una tumefazione catarrale sopraggiunta può aggravare la condizione, sia perchè l'infiltrato è per sè stesso suscettibile a subire, sotto la influenza della causa elicente (la sifilide), alternative di aumento e decremento.

La *voce* per lo più non presenta positivi disturbi, e questo s'intende bene perchè il ravvicinamento delle corde vocali può continuare a farsi in modo pressochè normale; solo nel caso l'infiltrato raggiunga i margini liberi dei ligamenti vocali, potrebbero venire in campo notevoli cangiamenti. Nondimeno il tono della voce è ribassato, giacchè l'ispessimento delle corde non le mette più in grado di eseguire in uno stesso spazio di tempo quel numero di vibrazioni che la colonna d'aria espirata determina nello stato normale.

Questo fatto merita un po' l'attenzione, giacchè ha luogo egualmente in altri stati morbosi, soprattutto l'edema delle corde, e perchè nell'animo di quelli che sono abituati alla osservazione laringoscopica, non cape tanto facilmente come una lesione piuttosto grave della laringe possa esistere senza una corrispondente alterazione della voce. Sonora del pari è la *tosse*, la quale acquista un carattere ana-

logo a quella che in pratica si dice *tosse cruppale*, ma che non è niente caratteristica del crup.

La parola è breve, interrotta, appunto per la necessità che hanno gl' infermi di provvedersi di aria, rimediando così con la frequenza della funzione alla sua imperfezione.

La *deglutizione* (ammessa la forma circoscritta quale ora la descriviamo), non è punto ostacolata.

La *tosse* coi caratteri di sopra mentovati, non è molto frequente, ma secca, abbajante, rumorosa; essudati ce ne ha pochi o nulli, manca quindi la espettorazione, e se esiste, l'escreato ha i caratteri del muco ordinario.

Anche il *dolore* è assente, se non ha luogo la fase ulcerativa: ci sono però taluni infermi che avvertono un pizzicore, uno stiramento nel luogo ammalato, ovvero una sensazione dolorosa può accusarsi nell'orecchio corrispondente alla parte affetta, certo per irradiazione riflessa al ramo auricolare, come di frequente si vede in altre malattie faringo-laringee.

La stenosi può gradatamente avanzare sino a produrre sintomi di lenta narcosi carbonica; può associarsi a spasmo glottico ricorrente, e si aggrava, come sempre succede, durante le ore della notte.

Può d'altro canto lentamente declinare sino al completo ripristinamento della respirazione, ma più d'ordinario subisce una fase di stazionarietà, che mette a dura prova la pazienza del malato e di chi lo cura. Merita perciò essere diligentemente sorvegliata perchè la terapia sia proporzionata e variata, secondo le esigenze del caso.

*Diagnosi.* — Diagnosticare una infiltrazione gommosa delle corde vocali senza l'aiuto del laringoscopio, è impossibile; è difficile non di rado, anche coadiuvati da questo potente mezzo diagnostico.

Il primo aforisma non ha bisogno di lunghe dimostrazioni: senza dire che le forme miti sfuggono all'attenzione dell'infermo o si potrebbero ripetere da altre cause, basta ricordare le svariate condizioni che possono restringere il lume della trachea, per rendere l'omaggio dovuto alla grandiosa scoperta di Czermack.

Confesso di scrivere queste poche linee più nello scopo di richiamare l'attenzione dei policlinici, ed aggiungo che l'esame diretto assai spesso smentisce le più dotte diagnosi fondate sui soli sintomi funzionali; ond'è che la diagnosi laringoscopica dovrebbe essere oramai tanto facile al generico, quanto lo è per lo specialista.

Non è poi un paradosso ripetere che malgrado il laringoscopio, la diagnosi può essere circondata da molte difficoltà.

Che vale aver riconosciuta una tumefazione equabile od irregolare, unica o doppia, lì nella regione glottica? Che vale aver bene stabilito che la sede è alla superficie inferiore delle corde vocali? È mestieri, come del resto sempre, procedere alla diagnosi dell'indole

del processo locale, senza di che l'errore potrebb'essere lamentevole, e si potrebbe persino tirare in inganno un esperto clinico che, fidente nell'osservatore, subordina alla diagnosi del fatto locale quella ch'è surta nell'animo suo.

Quand' anche la sifilide sia evidente nello infermo, l'offesa della laringe può essere una complicità estranea: e può darsi, per contrario, che una sifilide troppo remota o latente, distolga l'attenzione del clinico da questa diatesi. Ecco dunque da un canto il dovere di valutare esattamente i fatti generali, dall'altro quello d'interpretare non meno esattamente i dissesti locali.

La tumefazione flogistica delle corde in tutto il loro perimetro, dipendente da cronico catarro, è la prima possibilità che bisogna eliminare.

E questo non è facile quando si pensi che perfino il microscopio considera le gomme come una essudazione plastica, e valenti osservatori probabilmente caddero nella rete. Notisi, pur nondimeno, che le gravi lesioni circoscritte delle corde vocali sono raramente la conseguenza di un processo catarrale, e la unilateralità della tumefazione mette già molto nella diagnosi.

Benchè io mi sia mostrato sempre contrario ai criterii ingannevoli del colorito delle parti, pur devo dichiarare ad onore del vero, che in queste lesioni sifilitiche, l'aspetto rosso-cupo, la irregolarità della superficie, le piccole rilevatezze gialliccie simili a follicoli pururati, sono preziosi punti di ritrovo.

Più grande è l'analogia con la *cordite inferiore ipertrofica* tanto bene illustrata dal dott. Catti, assistente alla Clinica Laringoscopica del Prof. Schrötter dell'Università di Vienna (1). Il modo però assai più lento onde questa importante lesione si svolge e lo studio delle cause sono i migliori criterii per differenziarla, se non si voglia accordare un certo peso alla minore irregolarità ed al colorito dello ispessimento.

L'infiltrato tubercolare può simulare quello di carattere sifilitico: notisi però che mentre il primo presceglie per sua sede la superficie superiore delle corde, il secondo invade la inferiore: per quanto limitato sia l'infiltramento tubercolare, la mucosa aritenoidea ed inter-aritenoidea ne risentono, e si tumefanno; e quanto questo più volentieri ulcera, tanto più di rado ha luogo una simile fase nella infiltrazione gommosa delle corde.

La tubercolosi inoltre e la sifilide, hanno ciascuna altre localizzazioni; e se il dubbio nascesse perchè queste altre manifestazioni fossero latenti, basterebbe attendere per decidere la cosa.

---

(1) Una eccellente monografia è pure quella del Ganghofner posteriore all'altra di Catti.



Un'altra sorgente di errore è la interpretazione che si dà ai segni laringoscopici. Quando l'infiltrato si riassorbe, può persistere difetto di abduzione delle corde vocali, ed allora si pensa ad una paralisi dei crico-aritenoidei postici. Ora, poichè la etiologia di quest'ultimo fatto ha un carattere tutto speciale, il laringoscopista, se spinge le sue pretensioni un pò avanti, rischia di schiccherarne delle grosse.

Mi è accaduto di commettere questo sbaglio per eccesso di zelo, ed a costo di parere troppo presuntuoso (la modestia certe volte spinta oltre ha l'aria della presunzione), io mi sento una voglia matta di raccontare il fatto.

Tre anni in dietro venne al mio dispensario una serva, robusta, ma sifilitica, che avea segni di una lieve laringo-stenosi. All'esame laringoscopico notai difetto di abduzione delle corde, le quali ai loro margini liberi presentavano una orlatura rossa (tumefazione) che interpretai a primo tempo per edema. Scarificai sulla guida del laringoscopio, e ne segui un certo vantaggio, tanto che nel tratto successivo la tumefazione scomparve e rimase il difetto di abduzione delle corde che tradussi per una paralisi dei crico-aritenoidei postici. Mi detti quindi a rintracciarne la causa, e poichè mi accorsi che la seconda costola destra, presso l'articolazione sternale, si presentava incurvata a mò di bozza, e quivi i toni dell'aorta si udivano rinforzati, sospettai un aneurisma aortico che per endo-arterite sifilitica si fosse svolto nell'arco, comprimendo i ricorrenti e dando origine alla paralisi degli abduttori.

L'inferma però, contro le mie previsioni, guarì del tutto, ed io ebbi così man mano l'agio di convincermi che la bozza costale era dovuta ad una periostite, e che aumentata la densità del tessuto, i toni aortici apparivano rinforzati; la lesione laringea, indipendente da qualsiasi fatto di compressione, era dunque dovuta ad un infiltrato di carattere sifilitico che lentamente riassorbito aveva ripristinato del tutto il movimento delle corde.

Un'ultima considerazione diagnostica è relativa alla sede dello infiltrato. Evidentemente nella laringe possono aver luogo neoplasie gommose (nei ventricoli); e talora, immediatamente al di sotto delle corde vocali si possono formare tumori rotondi, regolari, i quali son pure delle vere gomme (gomme sotto-glottiche); quasi attaccate od aderenti alla faccia inferiore di una delle corde vocali, ne impacciano i movimenti. In casi simili è la valutazione della distanza a cui si rivela la neoplasia che rende conto preciso della sede, e questo costituisce un ordine di fatti pressochè identico, tranne che invece di una forma diffusa, si tratta di una circoscritta. Eccone un bell'esempio.

Nel 1875 io detti le mie cure ad una donna in sui 60, da lunga

pezza in preda alla infezione celtica. Era disfonica e dispnoica per un grosso tumore del ventricolo destro di Morgagni. Fu necessaria la tracheotomia, maestrevolmente eseguita dal Prof. d'Ambrosio, con esito felice. Il tumore poco a poco scomparve, la cannula si tolse presto, la inferma guarì. Si trattava di una gomma.

Alcuni mesi indietro, da capo la scena della laringo-stenosi, ma con voce integra. Esplorando la laringe, la cavità appariva sanissima durante la fonazione. Inspirando, invece, si vedeva che la corda vocale sinistra non si allontanava dalla linea mediana, ed a pochi millimetri dalla sua superficie inferiore, nello spazio sotto-glottico, protrudeva per quasi l'intera distanza che separa le due corde, una neoplasia rosso-chiara, levigata, regolare. Diagnosticai una gomma e commendai una seconda tracheotomia che il Prof. d'Ambrosio ripetette con quell'abilità che gli è tanto comune.

Ora l'inferma porta tuttora la cannula, e lascia sempre vedere la sua gomma.

Certe fiato, invece, la diagnosi si fa senza ostacoli. La sifilide è evidente, i pazienti ne portano tracce; a brevi intervalli si suscitano i fenomeni laringei, e l'infiltrato è caratteristico pel suo colorito, il decorso, la sede, l'assenza di altra causa efficiente. Così in una inferma ch'è tuttavia sotto le mie cure, certa Durazzo, di Aversa, da cui è tratta la figura 1<sup>a</sup>. La cura specifica, locale e generale, ha confermato il giudizio, e ritengo il presente un caso tipico.

*Prognosi.* — Constatato che trattasi di sifilide gommosa delle corde vocali, il pronostico dev'essere riservato. Ad onta delle possibilità della completa *restitutio ad integrum*, non si possono clinicamente prevedere tutte le fasi del morbo, cioè se l'infiltrato resterà nei limiti che presenta quando l'infermo capita all'osservazione. E s'intende che l'unico, ma grave pericolo, è rappresentato dalla laringo-stenosi.

Talora gl'infermi sembrano avvicinarsi alla guarigione, e malauguratamente si aggravano da capo, subendo per lungo tempo alternative dolorose per le quali l'animo resta sospeso. Senza tema di errare, si possono prevedere queste oscillazioni, si può predire il lungo decorso, e si ha il dovere di sorvegliare l'infermo perchè non gli vengano meno i soccorsi che vanta la chirurgia.

*Cura.* — La medicazione interna deve occupare il primo posto, giacchè si può sperare che i rimedii specifici accelerando il ricambio molecolare, facilitino la scomparsa dello infiltrato. Bisogna agire energicamente o con le frizioni di unguento cinereo, o con le iniezioni ipodermiche di sublimato. D'ordinario questi fatti compajono quando già il mercurio era stato abbandonato o non tentato affatto, e benchè io non sia tra i più fanatici partigiani del rimedio, devo confessare che in questo così detto periodo gommoso, la cura mercuriale può rendere i più segnalati servigi.

Dopo della medicazione interna, viene la igiene, dalla stretta osservanza dalla quale si può molto sperare.

L'infermo eviterà l'umido, la polvere, il fumo, gli stimolanti; userà massimo riguardo, e se d'inverno, metterà la flanella. Mi son tanto persuaso della grande influenza che esercitano su questi fatti le vicissitudini atmosferiche, che soglio spingere queste misure igieniche sino alla esagerazione.

Viene in ultimo la medicazione locale; alla quale bisogna però attendere con tutta scrupolosità e diligenza.

Io non ritornerò, dopo che lo ha fatto il mio egregio amico e coadiutore, il dottor Masucci, sulla inopportunità di certi tocamenti diretti, stereotipati e rancidi; anche il trattamento topico deve proporsi di favorire il riassorbimento dello infiltrato, e ridurre il volume con gli astringenti. E fra tutti, anche qui il sublimato (polverizzazione di una soluzione al 1000°) ed il calomelano (insufflazioni della polvere allungata con parte doppia o tripla di zucchero) si contendono la palma. Naturalmente la loro azione è meno spiccata che non sulle placche mucose e le ulcerazioni terziarie, ma è superiore a quella di qualsiasi astringente, comunque portato in sito. E con questi mezzi che io ho menato avanti in discrete condizioni la Durazzo (terza storia), e sebbene non possa rispondere ancora della totale guarigione, ho dritto a sperare che la non sia molto lontana.

È pure così che guarì la donna soggetto della osservazione prima, e che per certo tempo migliorò l'altra della osservazione seconda, ma sventuratamente non si può prevedere se questo esito sarà costante e tale da sottrarre l'ammalato ai pericoli della laringo-stenosi.

Io non parlo della dilatazione graduale col metodo di Schrötter, prezioso trovato di cui si è in questi ultimi tempi arricchita la chirurgia laringoscopica, giacchè ho creduto che non fosse indicata in simili condizioni. Ho temuto che lo stimolo meccanico potesse aggravare un processo che si svolge sotto una causa generale, e perciò me ne astenni; ma queste potrebbero essere argomentazioni poco esatte o tali da metter forse in abbandono, a torto, un lodevole processo.

Se, malgrado il trattamento locale e generale, la stenosi si aggrava così da mettere in diretto pericolo l'infermo, essa indica senz'altro la tracheotomia. Stabilire qual'è il tempo opportuno per praticare questa operazione, che anche nelle mani dei più esperti può menare a lamentevolissimi risultamenti, non è facile, ed è mestieri decidervisi soltanto dopo che l'esperimento avrà mostrato inutile ogni altro tentativo. Ma non bisogna, d'altro canto, cullarsi in vane lusinghe e sperare sino a che ridotto l'infermo all'ultimo respiro, ogni probabilità di riuscita sia pure morta. Non si può assumere, con una

laringo-stenosi seria, responsabilità di sorta, e quello che ho detto dei pericoli della tracheotomia, non deve tradursi per una vigliacca paura che farebbe onta ad un chirurgo.

I sostenitori ad oltranza della tracheotomia, tra cui decisamente mi schiero, debbono però stabilire indicazioni precise, mantenersi nella via di mezzo, nè aver troppo pronta la mano, in ispecie quando si tratta di un processo che può in un dato momento segnare una fase di declinazione. Ma se invano si è aspettato un miglioramento, la operazione resta decisa, e verrà un tempo in cui niuno meglio del laringoscopista potrà indicarla, distruggendo i pregiudizii che regnano e la urgenza che talvolta espressamente si attende nella intenzione di diminuire la responsabilità dell'esito. E basti di ciò: mio malgrado forse io ho ecceduto; pure la pratica porta con sè tanti disinganni e tanti dolori che non sarà stata del tutto inutile questa breve discussione sulla opportunità del processo operatorio.

Napoli, Agosto 1879.

(Estratto dal *Giornale internazionale delle Scienze Mediche*.  
Nuova Serie. — Anno I. — Fascicolo 8).



**Laringite ulcerosa con tisi polmonare incipiente.  
Guarigione.**

A. S. di Casanova presso Caserta, è giovane a 18 anni, alto di statura, pallido, di debole costituzione organica, con torace poco sviluppato. È studente, nasce da genitori robusti, ha varii fratelli di ottima salute. Il padre tempo fa ha sofferto stenosi esofagea per ingorgo glandolare; forse ha perduto di tubercolosi qualche fratello. Non ha contratto infezione celtica, nè altra malattia contemplabile.

Qualche anno in dietro ha cominciato a lagnarsi di raucedine, contemporaneamente alla quale si manifestò una pericondrite della cartilagine tiroidea che suppurò e richiese una incisione sulla linea mediana, cioè lungo l'angolo sporgente della cartilagine, e di cui porta ancora le tracce. Verso settembre del passato anno la raucedine si avanzò fino alla completa afonia; i sintomi della pericondrite si rinnovarono, e la novella collezione di pus si fè spontaneamente strada attraverso la primitiva incisione. La febbre cedette, la suppurazione si arrestò e dopo qualche tempo egli si diresse a me perchè lo osservassi. La debolezza generale era accentuata, si lagnava di qualche accesso di febbre e di sudori notturni, ma la sua preoccupazione era l'afonia.

*Esame laringoscopico.* — L'epiglottide è sana, normali i legamenti ari-epiglottici, la porzione superiore della mucosa inter-aritnoidea e delle aritenoidi, nonchè le false corde vocali. Cercando però raggiungere lo spazio glottico, l'ispezione comprende tutta la sintomatologia obiettiva. Difatti non si scorge che un vestigio della corda vocale sinistra, verso l'angolo d'inserzione posteriore. Lo spazio glottico è riempito da una quantità enorme di pus cremoso, che l'aria espirata spinge nel vestibolo laringeo, inducendo gorgoglio. Nella inspirazione, una parte di pus rimane ad occupare questo spazio, impedendo la vista di quello sotto-glottico.

Tuttochè la mia attenzione fosse richiamata al petto, in questo primo esame io non potetti rilevare altro che qualche rantolo sopra-crepitante alla base di ambo i polmoni. Prescrissi un trattamento tonico, e mi decisi alla cauterizzazione della laringe con soluzioni più o meno concentrate di nitrato di argento. La suppurazione era minorata, ma più volte l'infermo andava soggetto a certe

febbri efimere che duravano 20 a 24 ore. Ma mentre così stanno le cose, l'infermo è nella assoluta impossibilità di recarsi da me per la cura locale; egli, che fino a quel momento non aveva avuto per nulla compromesse la respirazione e la deglutizione, comincia a soffrire di dispnea e di una certa difficoltà nell'inghiottire; l'esame del petto rivela copiosi rantoli mucosi diffusi in ambo i polmoni, ma la espettorazione si fa, e la bronchite non basta a spiegare la dispnea.

Lo specchio laringeo rivela di nuovo abbondante formazione di pus, tumefazione considerevole della mucosa tracheale.

Questo stato aumenta di gravezza per qualche giorno, ed il sibilo laringeo mi avverte della crescente stenosi; la disfagia è completa, l'infermo non può che a stento ingoiare i liquidi. Il sonno è interrotto, il polso frequente, la temperatura di poco elevata. Sibili più intensi e più circoscritti nella regione sopra-spinosa sinistra. Espettorazione di muco in cui di tratto in tratto è commisto il pus che parte dalla trachea. Ogni trattamento locale è sospeso; si applicano dei senapismi, la spugna calda avanti il collo, s'insiste sugli espettoranti, sui brodi concentrati, sul decotto di china. Dopo 5 giorni, i fatti cominciano a cedere; la respirazione è più calma, il sibilo tracheale sparito, la deglutizione è stentata ma non impossibile. Lo esame laringoscopico rivela: suppurazione sull'epiglottide e sui ligamenti ari-epiglottici. La diretta causticazione col nitrato d'argento in sostanza l'arresta completamente; nella interna cavità laringea non ne resta che poca quantità. Quando, senza cagioni contemplabili, si attizza una febbre altissima con temperatura a  $40^{\circ} \frac{4}{10}$  che rimette completamente il giorno seguente. Nel terzo ricompare, sebbene in ora interamente differente da quella del 1° giorno, e dura continua per 5 di di seguito. Polsi a 120. Temperatura a  $40^{\circ}$  con leggiera remissione, ora serotina, ora mattinata. Nessun fenomeno cerebrale, nessun dissesto dei sensi specifici o del movimento. Non dolenzia negli arti. Pelle madida di sudor caldo, nessuna eruzione di sorta. Urine regolari, non cariche di urati. Qualche colpo di tosse, senza espettorato — pochi rantoli e piccoli alla regione sopra-spinosa sinistra — percussione più ottusa che nel lato omonimo, depressione più accentuata che nella fossa del lato opposto. Respirazione calma, corrispondentemente accelerata per la reazione febbrile. Cuore sanissimo. I sintomi del catarro boccale avanzatissimi — non vomito, non nausea — costipazione — sviluppo di gaz nelle intestina tenui, scricchiolio di aria nelle due fosse inguinali. — Milza normale alla percussione, assenza di molestia nell'ipocondrio sinistro o di dolore alla pressione. Al 5° giorno la febbre cessa interamente. Si è amministrata la limonea minerale collo sciroppo di china, il citrato di chinina a dose refratta, i brodi, il latte ecc.

Nel pulmone sinistro si odono sempre dei leggieri rantoli all'apice, ed all'esame laringoscopico ci sono i sintomi di persistente suppurazione sulla mucosa laringea e tracheale — ma la insistenza delle causticazioni dopo pochi giorni arresta ogni fenomeno. L'infermo segue sempre la cura tonica, ha applicato qualche vescicante all'apice sinistro, ed è stato riveduto da me appena due volte dopo, nelle quali non mi è più riuscito constatare alcun fenomeno pulmonare. L'esame laringoscopico mostra l'attività che prendono le false corde nella fonazione; però circa il quarto della intera lunghezza delle corde vocali esiste ancora in ambo i lati, sicchè nella fonazione la glottide inter-cartilaginea è perfettamente chiusa. La porzione interligamentosa è sostituita dalle false corde che nella parte anteriore si ravvicinano quasi completamente. Perciò la voce è forte, ma aspra e stridente; nella respirazione il cavo laringeo appare molto sviluppato, per l'assenza delle vere corde nei loro punti di attacco anteriore. La mucosa non presenta traccia di suppurazione, e l'infermo da due mesi non è stato tormentato da nessun altro sintoma morboso.

Dopo la esposizione dettagliata dei sintomi, stimo opportuno fermarmi sulla diagnosi, affine di giustificare il titolo col quale ho pubblicato questo caso.

È chiaro che io mi trovava in presenza di una laringite ulcerosa; già buona porzione delle corde vocali era stata distrutta all'epoca in cui per la prima volta io osservava l'infermo, e la presenza del pus mi rendeva avvertito del processo che dovea indoversi sulla mucosa tracheale. Ma qual'è la natura di questa laringite ulcerosa? Ecco ciò che mi domandai più volte. In verità partendo da taluni principii scientifici oggi bene assodati, io riteneva, ed in vero così ancora mi penso, che una laringite grave che porta necrosi del tessuto fibroso, il quale in gran parte entra a formare le corde vocali, non possa appartenere che o al periodo terziario delle manifestazioni sifilitiche, o alla presenza di tubercoli nella laringe. Finora noi non possediamo osservazioni di laringiti catarrali, anche intensissime, che producano effetti analoghi.

Io non poteva invocare la sifilide. Le notizie etiologiche da parte dell'infermo e della famiglia erano negative, ed anche le notizie vagamente richieste sopra altre manifestazioni erano interamente mute.

Non era autorizzato a dichiarare tubercoloso l'individuo dai pochi rantoli che esistevano alle basi pulmonari; perchè erano incostanti, disgiunti dai dissesti di percussione, ed in regioni non frequentemente attaccate. Però le febbri erratiche, i sudori notturni, la gracile costituzione dello infermo, le pericondriti antecedenti, lasciavano profondi dubbii nell'animo mio, tanto più che io non trovava la causa plausibile di accidenti tanto gravi svolti nella sua laringe.

Poteva trattarsi della laringite ulcero-tuberculare primitiva? Di quella laringite cioè che precorre talvolta la tisi dei polmoni, e che la desta sovente per propagazione della cronica irritazione alla trachea, ai bronchi, e poi perfino negli alveoli pulmonari? Tutti i caratteri erano in mio favore, ed emisi perciò un pronostico riservatissimo. Epperò la tisi laringea primitiva non è già da tutti riconosciuta; si sa che 90 volte su 100 casi di tisi pulmonare, la laringe è sede di profondi dissesti, e si dice, è la ripetizione del processo; ma l'inversa non è da tutti ammessa. E qui sarei chiamato sopra un vasto campo di opinioni, d'ipotesi e di ricerche, che mi allontanerebbero dallo scopo prefisso. È certo però che numerose osservazioni sono identiche a quelle che io vò con pazienza raccogliendo da qualche tempo, e di cui oggi presento un esempio al mondo medico. È certo che autori di fama ammettono la possibilità che la laringe nella tisi possa precedentemente ammalare, ed è certo altresì che casi di simil genere precorrono la tisi dei polmoni. Finchè la scienza, e lo ripeto, non avrà dimostrato che havvi una laringite ulcero-necrosante, indipendente dalla sifilide e dal tubercolo, io non saprei allontanare l'idea della possibilità del secondo, quando la prima è assente.

Il Prof. Waldenburg di Berlino, dietro privata autorizzazione del quale mi decido alla pubblicazione del caso presente, ha lungamente ed assai bene studiata cotesta quistione nel suo libro: *Lie Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrofulose* (Berlino 1869). Egli in una corrispondenza particolare mi assicura della analogia che hanno le mie con le sue ricerche. Ma si dirà che la tisi è latente nel pulmone; ebbene, risponde il dotto laringoscopista di Berlino, perchè ricorrere ad una ipotesi quando già la clinica possiede oggi nell'ascoltazione e nella percussione l'avviso più positivo di un processo che si svolge nel pulmone? La tisi latente è una ipotesi essa stessa, e la tisi laringea primitiva è un fatto obiettivo che oggi ci si rivela.

Ora, mi dimando ancora, il mio infermo è egli guarito dalla laringite ulcerosa come dalla tisi pulmonare? Dalla laringite sì, meno la possibile recidiva (1), dalla tisi pulmonare ignoro. Però le teoriche odierne sulla tisi infiammatoria ci hanno rischiarato un argomento importante nella profilassi, ed i catarri dei bronchi ostinati, ribelli, una volta vinti, assicurano spesso la vita di un essere. Arrestata la suppurazione, attivata una cura ricostituente, io non so quali vantaggi ne abbiano potuto addivenire al mio infermo.

---

(1) E qui debbo infrangere l'ordine cronologico avvertendo che di fatti dopo quattro mesi di euforia, l'infermo ebbe un terzo attacco di pericondrite suppurata e guarita.



Sono lontano però dal formarmi delle illusioni, e con la pubblicazione di questo caso ho inteso più domandare il parere dei più esperti, che sempre mi giungerà gratissimo, anzichè propugnare teoriche e vantare vittorie.

(Dal Giornale *Unione Medica*. — Anno I. N. 15 e 16 — Napoli  
Sett. ed Ott. 1870).

## XVII.

### Le varie forme della tubercolosi laringea.

Nella tornata del 25 settembre 1878 del Congresso Medico di Pisa, io lessi alla sezione di laringoscopia una nota sulle possibili forme che può rivestire la tubercolosi nella laringe, e poichè la pratica ulteriore mi ha sempre più convinto che codesto argomento era interessantissimo alla clinica, ed un libro di Heinze (1) recentemente pubblicato veniva a dar ragione a talune delle forme da me riconosciute e descritte, ho pensato ripresentare, ampliato e corretto, quel mio primo lavoro.

Assai più felice sarei se più che alla diagnosi potessi portare alla terapia di sì ferale morbo un piccolo tributo; ma la frequenza delle localizzazioni laringee, il corso insidioso che talune fiate serbano, nascondono sovente in tenebroso velo il vero, e squarciato questo il clinico ricava un certo ammaestramento e così si astiene da un intervento attivo che potrebbe riuscire dannoso. Ora, conoscere come si comporta il tubercolo nella laringe è sempre interessante, tuttochè noi sin'oggi dovessimo contentarci di assistere *unicamente* alla devastazione che cagiona un così sinistro prodotto patologico.

Io parlerò delle sole e delle vere forme tubercolari, e per fortuna oggi c'intendiamo un po' meglio in proposito che non ai tempi di Trousseau e Belloc. Oggi noi, se pure in clinica conserviamo la vecchia nomenclatura e parliamo di *tisi laringea*, ci affrettiamo a chiarire con un preciso concetto anatomo-patologico la lesione materiale. Le laringo-stenosi per tumori laringei, per pericondrite, per gravi e profonde ulcerazioni, sovente provocano anemia e cachessia; diciamo ancora tisi reumatica la pericondrite primitiva per effetto di reumatismo, ma in un linguaggio del tutto convenzionale. — Il laringoscopio, che rivela nella loro realtà i guasti locali, ha diradato ogni dubbio, e la vecchia parola clinica è rimasta un omaggio all'autorità della osservazione Ippocratica. *Tisi laringea* è pur essa la tubercolosi della laringe, ma i granuli miliari, negati ed ammessi a vicenda, aprono oggi tra le laringopatie un capitolo a parte, quello che io tenterò di illustrare clinicamente nel presente lavoro.

---

(1) Die Kehlkopfschwindsucht — von O. Heinze -- Lipsia 1879.

Io parto da un punto ben determinato ; la esistenza di granuli tubercolari nella laringe ; faccio grazia al lettore delle vicende che subì questa interessante storia : l'è una battaglia vinta, e mi copro dell'egida del Virchow per ripetere che : « la laringe è l'organo da raccomandarsi a chiunque voglia conoscere il vero tubercolo ». Forse il principio falso da cui si partiva, che il tubercolo dovesse avere necessariamente una consistenza caseosa, è stata una prima cagione di disparere ; forse avrà potuto contribuirvi il carattere complesso che prende la neoplasia quando guadagnando in profondità si complica a gravi processi flogogeni e suppurativi, ma è certo che le vecchie opinioni del Louis, di Trousseau e Belloc, infermate già da quelle di Andral che ammetteva il tubercolo ma lo scambiava con le alterazioni glandolari, di Albers, Toulmouche e Rheiner, furono interamente scalzate dagli studii di Hasse, Wunderlich, Ruhle, Rokitsansky, Wagner, Mandl, Schrötter, Tobold, ecc., i quali recisamente ammettono il vero tubercolo nella laringe, ciò che mi dispensa dal citare gli autori che pur riconoscendolo, lo credono un fatto abbastanza raro.

Dato quindi il tubercolo, mi dimando quali sono le forme che può rivestire nella laringe ?

E rispondo poggiandomi sulla osservazione di moltissimi casi nei quali ho praticata la esplorazione laringoscopica, ed ho seguiti sino al termine fatale.

Niun dubbio quindi sulla diagnosi ; niun dubbio che abbia potuto equivocarla con altre forme. L'esito, il decorso, il trattamento, che ho studiati con somma cura e diligenza, sempre con il laringoscopio alla mano, mi hanno oramai convinto che era di fronte ad un medesimo ed identico prodotto patologico che io mi trovava, e poi il riscontro tra l'un caso e l'altro, si che tentai, ed ora ritento la prova : descrivere le forme che la tubercolosi laringea riveste, corrispondentemente a quello che il microscopio rivela : illustrare una anatomia patologica fatta sul vivo, quella che direttamente interessa la clinica ed il pratico. Escludo perciò recisamente da questo quadro taluni dissesti circolatorii o funzionali che hanno luogo nella laringe per effetto di tisi o tubercolosi polmonare, l'anemia della mucosa ad esempio, la iperemia del tratto meso-aritenoideo, il catarro desquamativo, le paralisi delle corde vocali. Questi processi non hanno nulla di caratteristico, non dipendono da sviluppo locale di granuli miliari, e perciò non rappresentano che concomitanze capaci di scomparire o venir sostituite da vere manifestazioni tubercolari.

Nei libri più moderni di laringopatie ed in quelli di notomia patologica, la descrizione delle varie forme della tubercolosi laringea non è completa, non ci ha una classifica che risponda alle esigenze

scientifiche: nella stessa monografia di Heinze, che è tra le più pregevoli, noi non troviamo parola se non dell'ulcera e dell'infiltrato tubercolare. — Tobold ammette quest'ultima manifestazione e lo sviluppo di vera tubercolosi miliare — mentre Wagner nega questa e descrive il tubercolo reticolato, cioè il linfo-adenoma tubercoliforme qual processo diffuso. Più comprensivo è il Krishaber, il quale nel suo splendido articolo del Dizionario Enciclopedico, estende a più d'una la forma morbosa, ma le confonde in un assieme di gravi lesioni, sopra cui domina l'ulcera ed il granulo miliare.

Io credo, invece, che bisogna classare in quattro forme iniziali la tubercolosi laringea; cioè: 1° la forma ulcerante; 2° la pericondrite tubercolare; 3° l'infiltramento; 4° il deposito di tubercoli miliari sulle corde.

Di queste darò qui una descrizione più completa ch'io possa.

1.° *Forma ulcerosa*. — Non è la esclusiva espressione del tubercolo laringeo, ma forse la più frequente. — Ha una singolare predilezione per la mucosa del tratto inter-aritenoideo, predilezione che si mette spesso a profitto nella diagnosi differenziale dalle ulcerazioni di carattere diverso. — Io dico predilezione, perchè non si può escludere che l'ulcera si estenda alle vere e false corde, ai ligamenti ari-epiglottici ed alla epiglottide, ma la porzione meso-aritenoidea sarà nel contempo più o men compromessa: frequentemente è pure colpito, in tutta la sua altezza, il *filtrum ventriculi*.

L'ulcera suol essere abbastanza profonda; è profondissima talora e si accompagna a pericondrite suppurativa che termina con la necrosi delle cartilagini.

I suoi bordi, certe fiate, son tagliati a picco, così che sembra quasi in quel punto la mucosa recisa ed asportata da istrumento tagliente: il fondo è lardaceo, suppurante, simile a quello di antraci spaccati che lasciano bene vedere il connettivo mortificato. — I bordi sono rosso-lividi, turgidi; i fenomeni collaterali più o meno considerevoli. l'infiltrazione edematosa più o meno spiccata, massime intorno alla mucosa che riveste la faccia interna e la posteriore delle aritenoidi, e lo spessore dei tessuti intorno alle articolazioni crico aritenoidee tanto considerevole, da turbarne il gioco ed impedire il movimento di abduzione soprattutto, donde un grado di laringo-stenosi grave, sproporzionato alla estensione dell'edema sussecutivo.

Altre volte la perdita di sostanza è molto più superficiale, ma si va sempre oltre ai limiti della esfoliazione epiteliale; il fondo è granuloso, e l'ulcera risiede in mezzo a tessuti che non sono neppure iperemici (ciò ch'è un carattere culminante che vale a distinguerla dall'ulcera catarrale, in questo grado di estrema attenuazione), anzi più volentieri spiccatamente ischemici. Codesta forma è suscettibile di cicatrizzazione, ed un postumo costante è qualche vegetazione



connettivale rilevata per parecchi millimetri dalla mucosa, che si equivocherebbe con un polipo. Di questo genere io non ne ho vedute fuori che sulla mucosa inter-aritenoidea, od il *filtrum ventriculi*.

L'ulcera profonda che devasta i tessuti, nasconde con la sua polimorfia la sede primitiva ed il carattere della forma iniziale. Tutta la cavità è ripiena di pus, i ligamenti vocali sono usurati, e mi ricordo che ho visto in un caso fenduta per tutta la lunghezza della sua porzione libera la epiglottide, sì che pareva ravvisare due bandelette cartilaginee pendenti sull'orifizio laringeo. In cosifatte emergenze, niun punto presenta tendenza alla piaga e molto meno alla cicatrizzazione, contrariamente a ciò che si osserva non di rado negli infiltramenti gommosi.

Qualunque sia la estensione e la profondità della ulcerazione, questa riconosce per causa la infiltrazione tubercolare, ed il processo ulcerante comincia ad aver luogo solo quando la neoplasia ha raggiunto dalla sotto-mucosa gli strati più superficiali dell'epitelio. La presenza dei granuli tubercolari esercita sulla mucosa che è sana ancora, una pressione per cui l'epitelio più superficiale si lacera ovvero rammollendosi si lascia infiltrare da cellule tubercolari. Donde una soluzione di continuo, che mano a mano si rende un'ampia apertura, coadiuvata poscia nella sua estensione, dalla dissoluzione dei tubercoli medesimi: agglomerazioni di 4, 6, 10 tubercoli si dissolvono ai loro contorni, e confluyendo insieme necrosano i tessuti, comprendendovi non di rado gli acini ed i dotti glandolari, i quali indipendentemente dal prodotto neoplastico, presentano alterazioni comuni, come a dire suppurazioni, dilatazioni e via. In questa forma ulcerosa adunque noi vediamo sempre più confermata la legge messa avanti dal Virchow, cioè che i tubercoli in casi simili riseggonò assai superficialmente, e che caduti gli strati epiteliali, gli elementi costituenti si atrofizzano e disgregano. Supponiamo ora non più l'infiltrato, ma pochi granuli sparsi e superficiali, immediatamente sotto sotto lo strato epiteliale, e noi ci renderemo conto della forma parimenti limitata e superficiale dell'ulcera.

Riguardo alla patogenesi di codesta forma ulcerante ed alla sua predilezione di sede, nulla si può dire che sia scientificamente esatto; qualche dato statistico che io riferirò più appresso varrà solo a mostrarne la relativa frequenza, ma la opinione del Louis caldeggiata da molti della scuola Francese, è assolutamente insostenibile. Per vero, invocare il passaggio continuo dei prodotti di secrezione che provengono dal pulmone, attraverso la mucosa meso-aritenoidea, significa accordare a questi prodotti (i così detti *prodotti fimici*) una virtù infettante speciale, che sinora non è dimostrata, e dimenticare che l'ulcera è per lo più limitata alla laringe mentre i bron-

chi, su cui passano pure questi essudati, ne sono immuni, senza dire che l'ulcera può esistere senza che ci sia una lesione bronco-pulmonare con molta secrezione, e mancare in casi di ampie caverne.

Dirò infine che tranne il limitato valore della sede su cui l'ulcera si è svolta, non ci sono caratteri tali che dall'aspetto ci facciano riconoscere l'indole del processo ulcerante. Fondarsi sul colorito delle parti, come pretendeva un dotto laringoscopista, il compianto Isambert, significherebbe fabbricar sull'arena, e prima di dichiarare clinicamente tubercolare l'ulcera, confortati anche, bene inteso, dal reperto laringoscopico, bisogna eliminare altri processi che possono mentirla.

Mi fermerò un poco su questa diagnosi differenziale ed enumererò innanzi tutto i processi sui quali dovrà esser richiamata l'attenzione. Questi, a mente mia, non sono che due: l'infiltramento gommoso ulcerato; i neoplasmi che hanno subita una identica fase.

Restringo in limiti così angusti la quistione, perchè a chiunque ha pratica estesa del laringoscopia non può essere sfuggito che l'ulcera catarrale è molto più rara di quanto si pensi; che essa si riduce unicamente a due apparenze morbose spiccatissime; cioè la erosione epiteliale e l'ulcera follicolare, e semprechè questi cancelli sono infranti, egli è a processi molto più seri che bisogna pensare.

Da quanto ho riferito si rileva che io pure ammetto la possibilità di ulcere non tubercolari della laringe, in individui affetti da tubercolosi polmonare; ma il significato è tutt'altro di quello che intendo dare alle vere manifestazioni laringee del tubercolo, e questo lavoro ha sotto modestissimo aspetto l'unica pretensione di spianare la questione diagnostica al clinico che si fa ad esplorare con il laringoscopia l'infermo. Queste ulcerazioni non tubercolari sono dunque una complicità, un effetto di catarro laringeo che precede o segue lo sviluppo della tisi, e si distinguono anche bene dalla forma tubercolare lieve e superficiale, perchè sono esse stesse più superficiali, non prediligono la mucosa inter-aritenoidea, coesistono insieme al catarro intenso, mentre quelle risaltano bene in mezzo a tessuti perfettamente sani.

L'infiltramento gommoso ulcerato può mentire l'ulcera tubercolare, e nel caso che ci sia una concomitante lesione bronco-pulmonare, la diagnosi può divenire impossibile. I criterii locali han poco valore: ripeterò che l'ulcera da tubercolo ha una sede di elezione; ha bordi più tagliati a picco; l'infiltrato gommoso invece estendendosi in certi punti, può mostrare tendenza alla guarigione in altri, e sceglie di preferenza la epiglottide, i ligamenti interni, si accompagna *più roventieri* a lesioni consimili dell'istmo delle fauci, della base della

lingua. Una diagnosi *approssimativa* si può fare con i dati anamnestici e l'esame degli altri organi e sistemi—la diagnosi *vera* può farla il microscopio. Pure, in clinica questo dubbio non va tant'oltre, ed il criterio terapeutico certe fiato riesce a meraviglia; e benchè io medesimo scientificamente guidato debba da un lato registrare qui che la diagnosi locale non è concludente, devo però da un altro ingenuamente dichiarare che una lunga osservazione può riuscire a fare assegnare per ciascuna di queste forme certi caratteri che colpiscono l'occhio e la memoria di chi osserva, ma che invano si tenterebbero descrivere con la penna.

I sarcomi ulcerati, più facilmente degli epitelioni, segnatamente quei sarcomi che si estendono nella trachea, possono al laringoscopia nascondere interamente la iperplasia dei tessuti, e non presentare che la superficie superiore ulcerata. In tal caso però le regioni circostanti si possono constatare talmente integre, che questo solo fatto esclude la possibilità che l'ulcera dipenda da una infiltrazione tubercolare o gommosa in seno alle parti limitrofe. Le irregolarità del fondo ulcerante, su cui si accumula la sanie, le piccole emorragie assai più facili in queste emergenze, sono preziosi caratteri locali, ma non hanno valore definitivo se la diagnosi clinica non sarà in perfetto accordo.

E così chiudo questo primo paragrafo riguardante l'ulcera tubercolare della laringe; noto che essa rappresenta una delle possibili manifestazioni della tubercolosi laringea, forse la più frequente, senza essere la esclusiva. S'ingannerebbe a partito chi volesse indifferentemente dire tubercolosi od ulcera laringea.

2.<sup>o</sup> *Pericondrite tubercolare*. — Quando il processo tubercolare si avvicina al pericondrio e lo raggiunge, si verifica la pericondrite. Ma oltre a questo fatto comune e risaputo, io porto opinione che ci siano una condrite e pericondrite primitivamente tubercolari, le quali assolvono tutto il decorso restando entro questi limiti, cioè senza produrre ulcerazione. Mi fido sopra numerosissime osservazioni, sopra casi che ho diligentemente seguiti e che han diradato ogni dubbio dall'animo mio. Questa pericondrite ha caratteri ben determinati: presceglie anzitutto le aritenoidi; è doppia; e dev'esser ritenuta per una flogosi del pericondrio e non già effetto di propagazione dell'infiltrato nella mucosa, perchè questa ultima non presenta nessuna alterazione, e non ulcera nemmeno in secondo tempo. S'intende benissimo che la fase ulcerante potrebbe succedere, se avvenisse deposizione di tubercoli negli strati più superficiali, ma la esperienza mi ha mostrato che può perfettamente esistere questa forma, indipendente dalla ulcerazione. E benchè Heinze porti opinione che non si sia autorizzati ad ammettere la pericondrite tubercolare se non con l'esame microscopico, ed i casi descritti come tali anche dal



Burow debbano ritenersi per infiltrazione tubercolare della mucosa, pure fa tanto peso nell'animo mio l'assenza dell'ulcerazione, facilissima del resto ad avvenire per così vasta estensione di processo, che non so rinunciare alla idea di credere ad una pericondrite. Ilérard e Cornil, inoltre asseriscono aver osservato masse di tubercoli confluenti nel connettivo intermedio fra la laringe e l'esofago, ed in ispecie tra le aritenoidi; tumefazione degli elementi del pericondrio e della mucosa. Certo è che clinicamente si hanno a vedere molti tisiaci afoni ed in preda a più o meno marcata disfagia. Al laringoscopio le due aritenoidi appaiono tumide a grado vario, senza però che la mucosa presenti segni di cresciuta vascolarizzazione, anzi è anemica e lucente, come quando viene colpita da edema. La cavità sembra sana in tutto il resto, non ci ha traccia di pus, non traccia di soluzione di continuo, da cui si possa far ripetere quella insolita enfiagione; in altri termini la tumefazione delle aritenoidi è autonoma. Il turgore di quelle parti che rappresentano la parete anteriore del canale alimentare, mentre costituisce un intoppo al passaggio degli alimenti e delle bevande, ovvero per via riflessa determina uno spasmo dei costrittori della faringe, impedisce pure meccanicamente il ravvicinamento delle corde, o turba il gioco delle articolazioni crico-aritenoidee, sì che ne conseguono afonia (difetto di adduzione), e laringo-stenosi (difetto di abduzione).

Quali sono i criterii per cui riconosciuta al laringoscopio la tumefazione delle aritenoidi, si può concludere per una pericondrite di carattere tubercolare?

È mestieri prima riconoscere la pericondrite, assicurarsi cioè che non vi ha altro processo in atto nella cavità laringea, l'ulcera soprattutto che si congiunge a notevole edema collaterale. — Bisogna poscia far gran conto della bilateralità della sede, ed accettare, direi quasi come un dogma che una pericondrite doppia delle aritenoidi, in pratica, non riconosce altra causa che il tubercolo. Esclusi quindi i fatti flogistici acuti di origine comune, esclusa l'ulcera, la sola tumefazione doppia delle aritenoidi depone assai favorevolmente per la tubercolosi.

Mi piace da ultimo notare che la tumefazione non ha i caratteri di un edema ordinario, perchè ci ha qualche cosa di speciale nell'assieme delle parti, che rivela trattarsi di una distensione, la causa della quale s'inoltra negli strati più profondi. La cute, che vediamo distesa al di sopra dei flemmoni, non ha sempre lo stesso aspetto quando si tratta dei superficiali e dei sotto-aponevrotici. Così per la mucosa delle aritenoidi, che non presenta pliche, che annulla le normali sporgenze delle cartilagini corniculate e del Wrisberg, ma conserva il color rosa-pallida, senza rassomigliare alla membrana natale, aspetto che volentieri la mucosa laringea riveste nei casi di edema acuto.



Si tratta di una tumefazione equabile e levigata, di color rosa-pallido in cui il carattere culminante è la scomparsa dello spazio meso-aritenoideo.

Ma perchè la tubercolosi, quando si determina sotto forma unica ed iniziale di pericondrite, presceglie le aritenoidi, è un fatto anch'esso oscuro, e noi dobbiamo contentarci di constatarne unicamente l'importanza ed il significato.

3.<sup>o</sup> *Infiltrazione tubercolare delle corde.* — L'infiltramento tubercolare è cagione dell'ulcera e della pericondrite tubercolare; vi ha però una speciale forma che colpisce le corde vocali ed in cui il processo può limitarsi, ispessendo i tessuti, e dando luogo a parziali e lievissime perdite di sostanze. È quella che io chiamo infiltrazione tubercolare delle corde vocali. — Quando tutta la laringe è preda di tubercoli e vi ha ulcerazione e pericondrite, anche le corde vocali possono essere cointeressate e distrutte in massima parte; tutta la cavità partecipa al processo necrotico che domina senza perdonare. Non così altre volte. Vi sono infermi che lamentano soltanto dissesti vocali, per effetto di una speciale alterazione delle vere corde vocali. Uno, od entrambi i ligamenti tiro-aritenoidei inferiori si presentano all'esame laringoscopico ispessiti, di color rosso-sporco, ineguali ai margini, bernoccoluti alla superficie (1), mentre che pel resto la cavità è sana od iperemica soltanto. Dopo una stazionarietà più o meno considerevole, si prepara e compie un lavoro di distruzione parziale, limitato, lento; la suppurazione è scarsa e la regolarità dei margini liberi delle corde si va sempre più perdendo. Più in là questo lavoro subdolo finisce per assottigliare le corde che appaiono di colore sempre più fosco, fin quasi a scomparire sotto i ligamenti tiro-aritenoidei superiori. La stratificazione tubercolare, limitata esclusivamente a quella sede, che interessa la mucosa e la sotto-mucosa, ma non va oltre lo strato glandolare, subisce una lenta fase di disgregamento e rammollamento, cui non può essere estranea la tenacità del tessuto fibroso, che a poco a poco usurato, finisce per rimanerne distrutto. I fenomeni reattivi sono di poco conto, la scena resta limitata lì, e la sua significazione vien mascherata dalla mitezza del processo.

È una forma infrequente ma pur troppo reale ed assai ingannevole, soprattutto quando i fenomeni toracici sono scarsi o nulli, e mancano criterii per bene caratterizzare l'indole della lesione.

L'infiltramento tubercolare delle corde può mentire per i caratteri con cui si rivela, la *chordite tuberosa*, e l'infiltramento gom-

---

(1) Talora la ineguaglianza della loro superficie superiore è marcatissima, e numerose sporgenze papillari mentiscono una forma diffusa di condilomi.

moso. Da quest'ultimo si distingue perchè presceglie la superficie superiore delle corde, mentre l'altro predilige la inferiore (v. la memoria XV: Sifilide gommosa delle corde vocali pag. 107), ed anche perchè l'infiltrato non resta a lungo tale, ma degenera in ulcera poco estesa, la quale ha per altro tendenza alla mortificazione.

Più difficile è eliminare in un primo tempo la cordite tuberosa, soprattutto quando sono le lesioni laringee, non già i fatti pulmonari che devono accreditare il sospetto di una tubercolosi. Ma le croniche infiammazioni circoscritte alle corde vocali e che fanno aumentare il volume delle glandole acinose, ispessendo la membrana, sono anche più rare dell'infiltrato in parola, e restano invariabilmente nei limiti di una semplice flogosi cronica. Vuol dire che certe fiate è la ripetuta osservazione quella che può suggerire una diagnosi esatta.

4.° L'ultima forma, tanto rara da dirsi eccezionale, è quella che ben si potrebbe definire: *deposito di tubercoli sulle corde vocali*.

Chi non ricorda la tubercolosi delle sierose? Contrariamente alla flogosi tubercolare delle stesse, ove in mezzo agli essudati più o meno abbondanti, allo ispessimento delle membrane ecc., si rinven-  
gono i granuli miliari; nella semplice tubercolosi si tratta unicamente di deposizione: tubercoli veri che sporgono appena, levigati, rotondi, sparsi, ed i tessuti nei quali si trovano (meno le varicosità circostanti), non presentano ispessimento di sorta o prodotti di genuina infiammazione. Lo stesso vale per la laringe e per la forma in parola, la quale turbando poco o niente la voce, rispettando lo stato delle parti, si lascia indovinare alla presenza di rare rilevatezze, simili a teste di spillo, sulla superficie superiore delle corde vocali, sporgenze che si ravvisano dietro una intensa illuminazione, e sono contornate dalle varicosità dei capillari per una ristretta zona all'intorno, mentre tutta la cavità è sana. Per lungo tempo, come spesso succede, quei prodotti restano innocenti in sito, silenziosi testimoni di un processo tumultuario, fino a che la confluenza e la fase regressiva, ovvero il loro avvicinarsi agli strati più superficiali, non provocano ulcerazione della parte; e l'ulcera viene a confermare la natura del male ed a dissipare il dubbio che possa trattarsi d'ipertrofia delle ghiandole, le quali del resto, se esistono sulle corde vocali, a quanto il *Coyne* dimostrò, sono sparse men riccamente alla superficie, ove hanno volume maggiore.

Inoltre, questi granuli che sporgono al di sotto dell'epitelio, sovente integro del tutto, e che si sviluppano in individui affetti da tisi, mai si osservano in soggetti nei quali tace ogni alterazione to-  
racica, e ricordano, alla forma ed al colorito quasi trasparente, tanto bene il granulo miliare, che a voler dire che si sia equivocato con una ipertrofia glandolare sarebbe mostrare un deciso spirito di opposizione. In una pratica piuttosto estesa, io non ho visto

che due volte soltanto questo curioso fenomeno, ed avendo continuata per lungo tempo la osservazione, non ho mai riscontrate lesioni più contemplabili, restando sempre i fatti laringei i più sopportabili ed i meno accentuati.

A queste quattro forme soltanto io ho potuto estendere la mia classifica che è già un passo innanzi relativamente a quella che esisteva sulle possibili manifestazioni tubercolari. E riepilogando dirò che la tubercolosi laringea più volentieri si manifesta sotto forma infiltrata della mucosa e della sotto-mucosa (fase iniziale), ma che quando è diffusa ben presto si avvia all'ulcera tubercolare (prima forma — forma ulcerante); che altre fiate è il pericondrio delle aritenoidi sede di questa infiltrazione, in cui l'ulcera più volentieri manca, essendo ben profonda la stratificazione dei tubercoli; che come eccezioni alla regola si riscontra l'infiltrato tubercolare esclusivamente limitato alle corde vocali; e più di rado qualche scarso granulo sotto l'epitelio delle medesime. Io non nego che potendo aver luogo un'altra eruzione tubercolare, le forme miti possano terminare nella ulcerante, ma ho voluto dimostrare che ci sono casi nei quali pochi fenomeni locali, appena sfumati, bastano a far la diagnosi, ed ho voluto soprattutto smentire un errore antico e volgare, cioè che l'ulcera sia sola e costante espressione della tubercolosi della laringe.

Quello che ho detto di codeste manifestazioni locali, acquista però un gran valore relativamente alla diagnosi della tubercolosi in genere, a cui porta uno speciale contributo.

1.° Dimostrato che le descritte forme appartengono, qualunque esse siano, ad un prodotto identico e costante, il tubercolo, si può, grazie al laringoscopia rendere completa la diagnosi di una malattia polmonare.

Io, relativamente a tisi e tubercolosi del pulmone, sono *dualista* ad oltranza, malgrado le vicende che questa teoria oggidì subisce nelle mani di taluni che furono tra i più strenui fautori. Seguo, in ciò, precisamente le orme del chiarissimo prof. Somma (1) che è tra quelli che hanno da lungo tempo e con grande solerzia studiata una così importante questione; e son di credere che la clinica appunto, quella a conto di cui si mette tutta la pendenza, fornisca invece i più convincenti argomenti. Io guardo la quistione da un lato interamente clinico: faccio dunque astrazione in questo momento, dalle ultime ricerche d'istologia patologica. Difatti il prof. Somma fin dal 1868, istruito da una osservazione lunga di anni, nelle sale di malattie di petto dello

---

(1) Sulla tisi infiammatoria e sulla tubercolosi polmonare—Lezione clinica del professore Luigi Somma redatta dal dottor Ferdinando Massei. Napoli 1868



Spedale degl' Incurabili, emise in una sua lezione che io pubblicai (v. la nota prec.) per le stampe, vedute identiche; in un tempo medesimo in cui veniva conosciuta presso noi una bella monografia di F. Niemeyer sulla tisi e la tubercolosi. Seguo le orme del Waldenburg (1), e ripeto con lui che la tubercolosi debba considerarsi una malattia da riasorbimento di prodotti patologici che riseggon nell' organismo, e che segni, nella caseificazione degli essudati, la fase terminale. La tubercolosi è per me nelle alveoliti caseose, ciò ch'è l'uro-ammoniemia nelle lesioni delle vie urinarie. Aver dunque riconosciuta una delle mentovate forme laringee, equivale ad aver constatata la presenza del tubercolo, e quand' anco nessun criterio, razionale o semiologico, accrediti la tubercolosi, questa rimarrebbe senz'altro dimostrata dalla esplorazione laringoscopica.

2.° La localizzazione laringea è una complicità *frequente* ma non *necessaria* della tisi e della tubercolosi polmonare: vi sono tisici che scendono nella tomba portando una laringe perfettamente vergine. L'Heinze ci fa sapere che nell' istituto patologico dell'Università di Lipsia in 10 anni si sezionarono 1226 tisici e di questi solo 376 presentarono ulcerazioni laringee (cioè 30,6-0[0]: 309 erano maschi, 67 femmine. Se io volessi riportarmi alla personale osservazione, potrei concludere per una proporzione maggiore, ma notisi che nella mia qualità di specialista per le malattie della gola io vedo più volentieri infermi con localizzazioni laringee. Dichiaro nondimeno che la limitazione e la mitezza di talune ulcerazioni sovente non farebbero sospettare una manifestazione morbosa, e perciò il laringoscopio riesce, nello studio della tubercolosi laringea, forse più importante del coltello necroscopico.

3.° La localizzazione laringea può essere primitiva? Ecco una quistione ardua, risolta in senso controverso, e che rimane tuttora equivoca. La clinica, che spesso è costretta a giudicare dalle apparenze, avrebbe troncato ogni disparere, se agli attuali mezzi di semiotica fisica non si fossero mossi appunti d' insufficienza. Non si può negare che ci sono casi, nei quali una delle sopradette forme, e forse delle più comuni e salienti, è in atto; grave la perincondrite, profonda l'ulcera, mentre i fenomeni toracici sono scarsi o nulli. Ci sarebbe da tirarne per conseguenza che o per la disproporzione tra le lesioni, o per l'assenza di quelle polmonari, la manifestazione laringea abbia preceduto, se i critici non ripetessero: « i guasti centrali del parenchima polmonare sfuggono alla più diligente osservazione ». Ma questa ipotesi non basta a distruggere l'altra della tubercolosi primitiva della laringe, e tra i sostenitori di essa io mi schierai da un

---

(1) Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrofulose. Berlino 1869.



pezzo. Però, m'interessa di far notare che, anche non volendo tirarne per corollario la precedenza della localizzazione, è fuori dubbio che in contingenze siffatte, quando cioè l'ascoltazione e la percussione o son negative o ci lasciano in imbarazzo, e noi dobbiamo dire a noi stessi—« c'è qualche cosa che io non sento, che io non discerno »—è fuori dubbio, ripeto, che se a noi, specialisti o policlinici, riuscisse di bene esplorare la laringe e costatare una delle anzidette forme, la diagnosi risulterebbe evidente, e malgrado opposizioni e cavilli, il corso del morbo finirebbe per confermare la diagnosi. Ebbene sì, questi punti di ritrovo che io ho cercato ripresentare alla memoria, riscono preziosi nella pratica, perchè molte fiate ci fanno indovinare processi latenti, e ci fan mettere in guardia per il loro significato.

È sottinteso che per non andare errati, in ispecie quando il giudizio si fonda quasi tutto sull'esame laringoscopico, bisogna esser sicuri di ciò che si è osservato nella cavità laringea e non se n'è falsata la interpretazione. Vuol dire che bisogna tener presenti i caratteri differenziali che mi son dato la pena ripetere nella descrizione di ciascuna di quelle forme, tenendo nondimeno bene a mente che la diagnosi differenziale del guasto locale non avrà valore se non dopo aver fissati rapporti precisi con la diagnosi generale, che può essere intrigata o perfino impossibile in primo tempo.

4.° A complemento dei reciproci rapporti che le forme toraciche possono avere con le laringee, è mestieri ricordare che: a) una delle descritte forme laringee, può svolgersi nei diversi periodi della tisi e tubercolosi polmonare, serbando parità o disproporzione nella intensità delle manifestazioni; onde talvolta quella della laringe è gravissima, e discreta quella polmonare, tal'altra viceversa, altre fiate infine mite o grave l'una e l'altra: dalla prevalente gravezza non si può dedurre la precedenza della lesione, nè argomentare dalla mitezza la brevità del tempo da cui si è svolta. b) Nulla si può dire delle possibili coincidenze di una forma laringea con una toracica, dipendendo i guasti locali e la sede di questi, nella laringe, da condizioni che sin'ora non possiamo precisare.

Importa però escludere tutte le complicate che non sono di carattere tubercolare, e che io ho accennate sin da principio, per eliminarle dal quadro. Questo importante servizio non può rendercelo che il laringoscopio. Per vero, anche chi fosse affetto da tisi polmonare potrebbe soffrire di una complicanza più o meno dipendente od indipendente del tutto dalla malattia toracica, e senza troppo esagerare quello che oggi la scienza può contro le affezioni non tubercolari del polmone, è chiaro che se la complicanza laringea non avesse niun rapporto con quella, meriterebbe bene la pena di una cura locale.

E con ciò ritorno a quello che dissi in principio, cioè che ; sapere quale sia veramente la forma della lesione laringea non è poco, ed è molto poter fare per mezzo suo una diagnosi più precisa di un mal di petto.

Napoli, Dicembre 1879.

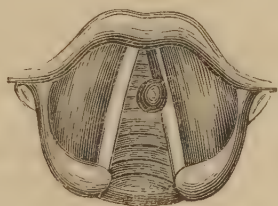
(Estratto dal *Giornale internazionale delle Scienze Mediche*.  
Nuova Serie — Anno I).

## XVIII.

### Polipo fibroso della laringe (1).

Il 22 Agosto dell'anno 1871 si presentò alla mia Clinica gratuita Francesco Carbone, un robusto facchino a 45 anni, lagnandosi di raucedine la quale era cominciata circa sei mesi innanzi. L'infermo non accusava dispnea, ma talora la voce si perdeva del tutto. L'esame laringoscopico mostrò che sulla corda vocale sinistra ci era un piccolo tumore (v. la figura), della grandezza di un pisello nel vero, e con la base nel terzo anteriore della corda vocale sinistra. Avea color rosso-fosco: la superficie era levigata, ed in varii punti lucente.

Nella fonazione si estendeva fin verso il margine della corda op-



posta, non però tanto da ricoprirlo; nella inspirazione invece, appunto come rilevasi dalla incisione, era attirato in giù, nello spazio sotto-glottico, dalla colonna d'aria, e se la inspirazione era profondissima, scompariva quasi, restando un lembo membranoso simile per colore alla mucosa.

L'etiologia ci fornì i seguenti dati; cioè che l'individuo avea

---

(1) Pubblico questo, ed altri due casi di neoplasmi laringei, perchè sono tra i primi che ebbi in pratica, e quindi a me carissimi. Oggi, nel riunire tante pagine sparse, io posseggo una statistica di 118 tumori della laringe (inclusi i carcinomi). Cominciai un rendiconto di 50 casi nel giornale *La Scuola Medica Napoletana*, e mi lusingo menarlo a termine, o completarlo aggiungendo pure le osservazioni non contemplate quivi. Epperò ho voluto mettere qui codesta nota, meno per menare vanto di così ricco contingente, più per dimostrare che a misura che l'esame laringoscopico si va diffondendo, i polipi della laringe ascendono ad una cifra rilevante.

vociferato e cantato molto, e lavorato in luogo umido. Era esimio fumatore e bevitore di vino e liquori spiritosi.

Dall'aspetto del tumore giudicai trattarsi di un polipo fibroso, e tale in vero lo confermò di poi l'esame istologico.

Questo caso semplicissimo, avrebbe in altri tempi creato seri imbarazzi per la cura, supposto che lo si fosse perfettamente riconosciuto.

Per un piccolo tumore, che non provocava difficoltà di respiro ed avea poche probabilità di aumentare in volume, la laringotomia sarebbe stata una colpa, se non un errore. Sono noti, difatti, i pericoli della emorragia, e non valeva affrontarli senza indicazione precisa; si rischiava la perdita della voce, mentre l'infermo reclamava appunto la cura della raucedine. Il fatto per lui era essenziale; per guadagnarsi la vita, avea troppo bisogno di parlare.

Ma, a parte queste digressioni che formano anticipatamente l'elogio delle operazioni laringoscopiche, io avea ancora a scegliere il processo che dovea seguire per operare per le vie naturali. L'ansa, il galvano-cauterio, la pinzetta: su queste dovea cadere la scelta. Era difficile far capitare il tumoretto, piccolo e sfuggevole, nel portallaccio; più lunga la cura della distruzione in sito. Per via di esclusione restava la presa con la pinzetta, la quale avea il vantaggio della sicurezza, e dell'effetto prontissimo. La tolleranza era perfetta, con la pinza del Fauvel capilai al primo tentativo sul tumore, lo afferrai e portai via per intero.

La reazione sussecutiva fu di lieve momento: in pochi giorni la voce si ripristinò del tutto; ed avendo ripetuto l'esame laringoscopico molti mesi dopo, non solo si manteneva perfettamente, ma non era più possibile discernere il punto d'impianto.

La semplicità della cura entusias mò il nostro cliente, e noi con poca fatica risolvemmo un problema, che in altri tempi sarebbe stato dei più ardui (1).

---

(1) Nel riprodurre questo articolo che vide la luce nel giornale il *Movimento Medico-Chirurgico* anno III. p.<sup>o</sup> 24, io vi ho aggiunto una figura ed ho arrecato molte modifiche; dichiaro perciò che di queste mi rendo responsabile, non di quelle che per errore furono a mia insaputa portate all'articolo originale.



## XIX.

### Fibroma della laringe.

#### Asportazione per le vie naturali. Guarigione.

In vista della infrequenza relativa dei neoplasmi della laringe fra le laringopatie in genere, e della trascuranza in cui malauguratamente sono presso di noi questi studi, io di tempo in tempo mi decido a pubblicare qualche osservazione tra le più importanti che mi capitano, e questa che io scrivo mi sembra tale.

Il 28 febbraio corrente anno dal dott. Menassi di Livorno mi veniva diretto il Cav. Enrico Montecorboli di Firenze (noto in Italia e fuori per splendide creazioni drammatiche), perchè affetto da più mesi da ostinata raucedine.

È un uomo di 36 anni, linfatico, ma di ottimo sviluppo scheletrico, il quale non ha sofferto per lo passato malattie contemplabili. Non fumatore nè bevitore, mai ebbe accidenti locali o secondarii di lue celtica, e ci denunciò due sole cause: la suscettibilità ad infredarsi e l'abuso della voce. Tutt'i sistemi sono in ottime condizioni.

Circa 16 mesi fa, dietro una flussione, la voce si abbassò, e si mantenne così, cioè appena rauca per molti mesi, e variabile con le vicissitudini atmosferiche. Nello stesso modo passò l'inverno dell'anno scorso: migliorò nell'estate. Tra l'ottobre ed il novembre 1875 però, dietro un novello raffreddore la raucedine si accrebbe, e malgrado la cura di quello, persistette non solo ma si accompagnò a novelli fenomeni, quali la impossibilità di restare in sale ove la temperatura fosse molto elevata, senza lamentarne quasi afonia, e senso di vampe alla testa per l'aumento dello sforzo che reclamava la formazione della voce. Mai tosse od affanno.

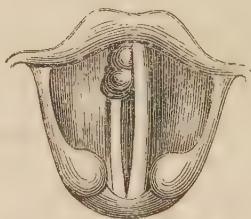
L'infermo avea più volte cercato consigli e sollievo dall'arte medica; i medici a cui erasi rivolto non aveano creduto che ad un cronico catarro e prescritta la cura con le polverizzazioni. Osservato al laringoscopio, si era addivenuti ad eguale diagnosi, tuttochè al valentissimo collega che erasi incaricato della osservazione non fosse sfuggita la discrepanza tra i fenomeni obbiettivi ed i funzionali di che si lamentava. Onde eccitato dal Menassi e da altri, recavasi il Montecorboli in Napoli, espressamente per consultarmi.

Quando io lo vedeva, la voce era rauca, aspra, sferzante e l'in-

fermo mi assicurava che se tentava darle le necessarie inflessioni, o la perdeva completamente, o ne provava un senso di soffocazione.

Per cinque giorni, io stesso non potetti trovare al laringoscopio che le note del catarro cronico diffuso alla cavità ed alle corde vocali, ma sin dal primo esame dissi al paziente che non poteva esser quella la causa unica della sua disfonia. Per vero, nelle forme acute e croniche di catarro ho sempre sostenuto ciò che oggi ripeto, vale a dire che la raucedine e persino l'afonia, non si spiegano per la lentezza delle vibrazioni da ispessimento dei ligamenti vocali, ma per paresi dei muscoli tensori od adduttori, per tumefazione della mucosa inter-aritenoidea che ostacola il ravvicinamento delle corde vocali, o per gonfiezza dei ligamenti tiro-aritenoidei superiori che applicandosi sugli inferiori non li rendono suscettibili a vibrare. Ora, poichè, meno il rossore, io non trovava le note proprie di queste lesioni, aveva molta ragione per sospettare che all'angolo di commessura delle corde dovesse risiedere la vera causa della sua disfonia. Questo sospetto non poteva essere smentito od accreditato pria che fossi in grado di esplorare l'angolo di commessura, regione che nello specchio laringeo vien nascosta dalla convessità della faccia laringea della epiglottide, e che nel nostro infermo era sempre più difficile a raggiungersi, in vista della difficoltà che ei provava nell'emettere suoni acuti, quelli per i quali le corde sono meglio visibili in tutta la loro lunghezza.

Epperò l'abitudine e la pazienza al quinto giorno fruttarono, ed io potetti accorgermi che sul margine libero della corda vocale destra, nel suo attacco all'angolo rientrante della tiroide, esisteva un piccolo tumoretto (ved. la figura) grosso quanto un piccolo fagiuolo,



bilobato, irregolarmente ovoideo, il quale ora si frapponeva tra le corde, ora veniva spinto al di sopra delle stesse (espirazione), ora attratto nello spazio sotto-glottico (inspirazione).

Il colorito era rosso-fusco, la superficie levigata, tumida la mucosa della corda destra limitrofa al neoplasma.

Era più facile asportare il tumore che distruggerlo in sito (per le vie naturali): chè, nè valeva la pena di una operazione grave come

la tirotomia, nè la sede ed il tempo che avevamo da disporre potevano avvisarci alla cauterizzazione.

Io non mi dissimulava le difficoltà che avrei incontrato nella manovra, non solo per raggiungere quel punto abbastanza lontano, ma anche per rendere tollerante la laringe del mio cliente, che al benchè minimo contatto della sonda si convellera come l'intero sistema nervoso.

Feci succhiare del ghiaccio e cominciai le solite esercitazioni per abituare l'organo al contatto di un corpo estraneo: epperò preferii alla sonda la stessa pinza curva del Fauvel con cui operai, per aver così sempre il destro di afferrare il tumore, se per caso lo avessi potuto. Ma in 3 o 4 dì, ben poco ottenni, ed un giorno più tentativi feci per asportare il neoplasma: però occupando esso una posizione intermedia fra le corde, io non ne pizzicava che la superficie, ed asportai così una porzione della membrana che lo involgeva e qualche brano dello stesso. Decisi addivenire all'anestesia locale il giorno 12 marzo: ma essendomi accorto che dopo 20 spennellature di cloroformio e 10 di morfina, nulla o poco io aveva guadagnato, proseguì i miei tentativi pei quali seguitai a tirar fuori piccoli pezzi del polipo. Le mie manovre spinsero alla fin fine in basso il tumore che rimase nascosto al di sotto dell'angolo di commessura.

Più fortunato fui il giorno 14: essendo invece riuscito a stirare in alto il tumore che restava quasi fissato sotto il peziolo epiglottideo, mi riuscì abbracciarlo con le branche della pinza al suo peduncolo ed asportarlo per intero.

La voce, che per le durate operazioni erasi quasi interamente estinta, rivenne come per incanto, greve, aspra, ma sonora: la trazione avea dovuto esser forte, e fu vivo per ciò il dolore.

Cauterizzai con carica soluzione di nitrato di argento il punto di impianto, e domai così pure la tenue emorragia che ne seguì. La voce, pei giorni seguenti, come d'ordinario suole succedere, si per l'irritazione meccanica che per l'asinergia vocale, si ribassò di nuovo; ciò malgrado accondiscesi a che il Montecorboli, premurato da sue faccende, ripartisse. Per i pochi giorni sussecutivi all'operazione insufflai con l'istrumento del Labus (preferibile a tutti) un po' di allume: raccomandai all'infermo una esatta igiene, l'uso delle nebulizzazioni e la idroterapia, specialmente i bagni di mare in estate.

L'esame microscopico del tumore eseguito dal valentissimo Professore A. Fienga, confermò che fosse un fibroma « con qualche punto pigmentato rosso-scuro, ciò che dovevasi a poco sangue fram misto ».

Poteva dunque io vivere tranquillo e sperare con fondamento che a capo di breve tempo il Montecorboli avesse riguadagnata interamente la voce, e finisse per dimenticare del tutto le sofferenze du-

rate? Pur non andò così la faccenda; la voce subì le più strane alternative; un vivo dolore si manifestò nel punto operato, più intenso nei movimenti della laringe, e poi di tempo in tempo si aggiunse la espuizione di strie sanguigne, soprattutto dietro i riacutizzamenti catarrali, a cui l'infermo seguitava ad andare incontro con tutta facilità. Tenuto a giorno di questi fatti, da lontano, io seppi eziandio che l'esame laringoscopico praticato dal chiarissimo Prof. Pietro Pellizzari di Firenze, accertava che non c'era nessuna traccia di riproduzione del neoplasma, bensì un po' d'iperemia e qualche varicosità. Onde allontanata l'idea di un'ulcera svolta dietro il trauma, bisognava ritenere che per le valide aderenze, e forse per la origine del tumore dal pericondrio come pei fibromi certe volte succede, era seguita una flogosi reattiva circoscritta, la quale persisteva malgrado le più svariate cure generali e locali, con molta perizia messe in campo dall'egregio dott. Urbino già assistente del sullodato Professore nell'Arcispedale di S. Maria Nuova (Firenze). Anzi, strano a credersi, le stesse inalazioni di sostanze alcaline polverizzate, quelle di belzoino ed altre, erano assai mal tollerate. Non fu se non a capo di 4 mesi che dietro qualche diretto tocco e le bagnature fredde locali ed i bagni marini, quelle molestie scomparvero e la voce ritornò chiara e sonora. L'esame diretto, ultimamente praticato dal dott. Urbino e che è rassicurante, le asserzioni stesse del Montecorboli, mi autorizzano a pubblicare il caso, ora soltanto che la guarigione si può dire completa.

Di quanto interesse sia una tale osservazione, lo dice a chiare note la stessa istoria. Le difficoltà operative, in casi simili, si superano con la pazienza, e con la pazienza pure gli accidenti possibili: ma se l'infermo ha fede nel medico, l'esito definitivo non è dubbio e la chirurgia laringoscopica guadagna un posto assai elevato. Venti anni fa chi avesse pensato ad estirpare per le vie naturali un fibroma della laringe, avrebbe ricevuto il battesimo di ciarlatano! Ed oggi? Poco diffusi tra noi questi studii, i cultori di laringoscopia o sono reputati (da taluni, bene inteso) intelligenze mediocri, o la opera loro è stimata molto avaramente! Varii mesi or sono, io tentava in presenza di un distinto chirurgo l'asportazione di un piccolo mixoma della laringe: al secondo tentativo subii gli appunti del mio collega che attribuiva ad imperizia l'insuccesso, ed essendo stato anche meno fortunato nel terzo, perdetti il cliente!

Un'altra volta pubblicai un caso simile al presente e *mi fecero dire* che io aveva fatta una *piccola operazione*, ed un'altra ancora, un confratello voleva assistere ad una di queste *operazioncelle*! Ma quando lo specchio laringeo sarà nelle mani di tutti e verrà la voglia di raggiungere con qualche istrumento quella cavità, allora soltanto le operazioni laringoscopiche saranno giustamente valutate per quelle che sono.



Sento infine il dovere di rendere pubbliche grazie al Prof. Pellizzari ed al dott. Urbino ; al primo perchè rassicurò l'infermo sul modo inappuntabile onde era stata condotta l'operazione ; al secondo, per la valevole cooperazione ad un esito così soddisfacente nel quale egli tiene tanta parte.

Napoli, ottobre 1876.

(Dallo *Sperimentale*, An. XXX — con l'aggiunta della figura).

### A proposito di un papilloma laringeo.

La storia dei neoplasmi laringei è tutta moderna; arricchita da mediocre numero di osservazioni all'estero, ove nacque e mise profonde radici la laringoscopia, è piuttosto povera presso di noi, ma bisogna però convenire che in generale i tumori laringei sono infrequenti.

Io ho già confermata questa asserzione in un mio lavoro «*clinica delle malattie respiratorie*» quando, associandomi al Krishaber ho ripetuto che «i polipi laringei creduti eccezionalmente rari pochi anni fa, sono molto volentieri segnalati oggidì come una malattia frequente; mentre che a voler tenere in conto le frequenti e numerose infermità dell'organo fonatore, sono anche attualmente, come sempre lo furono, malattie relativamente rare.»

Di fatti la più ricca statistica ce l'ha fornita il Mackenzie nel suo lavoro «*Essay on growths in the larynx*» Londra 1871, ove l'autore accenna a circa 150 casi, dei quali 100 furono sottomessi ad un trattamento. Pure se si rifletta alla città in cui esercita il Mackenzie, Londra, che forse supera i tre milioni di abitanti, ed il tempo durante il quale furono raccolte queste osservazioni (otto anni), quella cifra cessa dal meravigliare.

In questo classico libro, l'autore ci dà poi contezza di altri 189 casi di neoplasmi laringei *curati e pubblicati* da altri *medici* dall'epoca d'invenzione del laringoscopio sino al 1870; e queste 189 osservazioni appartengono nientemeno che a 63 pratici, tra' i quali figurano due soli Italiani, cioè una volta il Venturini e due il Gentile.

Io stesso però, quando interrogato dal Mackenzie mi affrettava a fornirgli notizia di quel poco che erasi praticato in Italia, mi trovava di aver già operati varii individui, ma poichè malauguratamente ne aveva ritardato la pubblicazione, non potetti figurare nelle lista.

Per vero nella mia monografia, «*sui restringimenti laringei*» fin dal 1871 detti relazione di 3 casi di polipi della laringe, e nel giornale «*il Movimento Medico-Chirurgico*» dell'8 novembre 1871, riferii di un altro tumore da me asportato (v. § XVIII, pag. 137).

Più tardi nel «*rendiconto statistico*» degl'infermi che ebbi in

cura l'anno 1872 (pubblicato il 1873) ho dato relazione di 9 individui affetti da polipi della laringe, ed in quello relativo al 1873 (pubblicato quest'anno in corso), di altri 5 casi.

Oggi, dopo 6 anni di pratica, mi trovo di aver raccolte 35 osservazioni, che mi lusingo poter quanto prima riunire e presentare in un solo lavoro.

Anche il Labus di Milano in due importantissime pubblicazioni (*Casuistica di tumori laringei*—1873—ed *Operazioni laringoscopiche*—1874)—ci dà notizia di 21 caso da lui osservati e curati sin dal 1871 (1).

Ma tutto ciò, ch'è il compendio di quanto sin'ora si è fatto in Italia e fuori, dalla scoperta del laringoscopio, non fa che comprovare la infrequenza dell'infermità che ci occupa, e l'importanza di ricordarne nella scienza i casi, onde la statistica aumenti e la pratica s'illumini.

Per tal modo la relazione di un fatto a me recentemente occorso, è più che giustificata, ed io lo scelsi a bella posta perocchè alla recente data accoppia una fenomenologia che non è delle comuni, e mi ha dato il destro di mettere a profitto l'anestesia locale, trattandosi di una donna che presentava grande iperestesia della mucosa faringo-laringea.

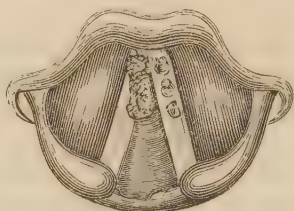
Il 9 febbraio corrente anno, dal Sig. de Camelis, mi venne diretta la Sig.<sup>na</sup> Ajello Vincenza di Capodimonte, abitante il villaggio di Antignano, e che era in preda a completa afonia.

È una giovine nubile a 32 anni, robusta, di buona taglia, che non ha mai sofferto malattie contemplabili, e da soli cinque mesi ha interamente perduta la voce. Senza cause apprezzabili, meno le reumatiche, qualche tempo innanzi surse raucedine, la quale progredendo sempre, assumeva ora la forma di un'afonia tanto grave che per intender quello che l'inferma diceva, era mestieri starle bene dappresso.

L'esame laringoscopico era difficile; non solo per la intolleranza, ma anche perchè il difetto di vibrazione delle corde non determinava quel movimento di ascensione della laringe, tanto profittevole per la diretta ispezione. Pur nondimeno, sin dalle prime ricerche io potetti accorgermi di avere a fare con un tumoretto impiantato verso l'angolo anteriore delle corde; e con le ulteriori, mi riuscì stabilire che il polipo nasceva dal margine libero della corda destra; che pendeva nello spazio glottico, così da impedire il ravvicinamento dei

(1) Prego il lettore di voler tener conto, tanto per la statistica mia che del Labus, dell'epoca in cui scriveva questo articolo. Per non nuocere alla originalità del lavoro, mi sono astenuto dall'arrecare modifiche.

ligamenti vocali; che era irregolare di forma, rosso-pallido di aspetto, alquanto duro al sondaggio, e grosso tutt'al più come un piccolo fagiuolo: due a tre vegetazioni come grani di canape esistevano disseminate sul terzo anteriore della corda sinistra (v. la figura).



È appena necessario aggiungere che il respiro e la deglutizione erano dei più perfetti, e lo stato dell'organo fonatore, tolta la presenza del polipo, normalissimo. Giudicai che fosse un *papilloma*.

Ponendo mente al volume più che discreto del neoplasma, agli occhi di colui che ha poca pratica del laringoscopio l'afonia potrà sembrare una strana esagerazione. Ma così non va la cosa; poichè le sede dei tumori laringei rende talvolta conto dei più singolari fenomeni, ed io ripeterò qui quanto in altro lavoro enunciai; cioè che per sola ragion di sede, tumori piccoli possono turbare la fonazione più di quello che facciano neoplasmi voluminosi, precisamente come la respirazione può venir dissestata da neoplasie di picciol volume, e rispettata da certune relativamente grandi. In fatti, io ho raccolto varie osservazioni in appoggio di queste assertive, e nelle quali, a voler giudicare da' dissesti fonici e respiratorii, non mi sarei mai aspettato di venire completamente disingannato dall'esame obiettivo.

Ma nel caso in quistione, poichè quel piccolo tumore si frapponessa tra le corde vocali verso il loro angolo di commessura, era un ostacolo materiale a che quelle si ravvicinassero in tutta la loro lunghezza, precisamente come un piccolo corpo caduto fra due pagine di un libro, nell'angolo di piegatura, ostacola seriamente la chiusura del libro stesso.

Ognuno vede quindi quali servigi renda alla diagnosi l'esame laringoscopico, e quanti poi alla terapia, lo potrà meglio valutare da quello che seguirò ad esporre.

La questione terapeutica si compendia tutta nell'asportare o distruggere il neoplasma.

Se non che nella occorrenza di piccoli tumori che per nulla ledono la funzione respiratoria, il dubbio della laringotomia sarebbe ridicolo per un laringoscopista; che se in un caso da me pubblicato in altro periodico, si fa allusione, per un fatto analogo, a que-



sto processo, protesto oggi per allora che in quell' articolo ci sono molte addizioni arbitrarie, che io lasciai correre per solo desiderio di evitare scandali!

Noi si presceglie sempre le vie naturali, quantevolte non sorgano speciali contro-indicazioni, e ci proponiamo o l'asportazione con pinze, coltelli, ghigliottine, serra-nodi, anse taglienti ecc.; o la distruzione in sito con tutt'i caustici possibili, dal nitrato di argento alla elettro-termica.

Credetti preferire la escisione con le ordinarie pinze a *forceps*, sia perchè meglio abituato a questa pratica che quasi mai ha fallito, sia per il desiderio di ottenere pronti e sicuri effetti, sia infine per poter presentare sott'occhio alla paziente la cagione unica delle sue sofferenze.

Ma come ho sin da principio detto, la stessa introduzione della sonda era difficoltà della iperestesia e lo spasmo che ne seguiva. Cercai abituarla al sondaggio, eppure non pervenni che a risultati mediocri anche dopo varii giorni, sì che mi decisi ricorrere all'*anestesia locale*, già caldeggiata dallo Schrötter e dal Labus.

Educato in fatto di laringoscopia da uomini eminentissimi che *mai* si decisero a praticare l'*anestesia locale della laringe*, arrivato io stesso a discreti risulamenti, senza l'ajuto di questo mezzo, conscio del lungo tempo che una tal pratica richiede, aveva sin'ora esitato a decidermivi: epperò dopo ciò che aveva letto nei bei lavori del Labus (a cui torna il vanto di avere il primo in Italia adottato un tale mezzo), dopo i minuti particolari che a mia richiesta si benignò fornirmi, e pei quali gli rendo pubbliche grazie, anch' io mi sentiva tentato di sperimentare i vantaggi e gl'inconvenienti dell'anestesia locale.

Alle 9  $\frac{1}{2}$  a. m. del giorno 21 febbrajo, in presenza del mio amico dott. Rubini, praticai le prime spennellature intra-laringee con cloroformio puro: la donna non ebbe che qualche capogiro e storditezza. Amministrai una pozione leggermente ammoniacale. Alle 11 circa feci le spennellature con la satura soluzione di morfina che furono molto bene tollerate, e di nuovo alle 12  $\frac{1}{2}$  quelle di cloroformio, ed alle 2 p. m. quelle di morfina.

Ma per quanta diligenza avessi messo nell'eseguirle, alle 2  $\frac{1}{2}$  l'anestesia non era ancora raggiunta: ne ripetetti altre ad intervalli brevi, ed alle 3  $\frac{1}{2}$  p. m. neppure lo scopo era completamente ottenuto. L'inferma era stanca, io aveva messo abbastanza a prova la sua pazienza; mi decisi addivenire alla operazione.

Questa volta la introduzione degl'istrumenti era più facile, ma la sede d'impianto del neoplasma mi era sempre cagione delle più serie difficoltà operative. Pur dopo reiterate prove, nelle quali ogni mio sforzo si concentrava a raggiungere il piccolo tumore, arrivai ad

afferrarlo e lo staccai: ripetetti la manovra per asportare le piccole vegetazioni sparse; una ne rimasi pendente; l'inferma era più che stanca.

Il sangue emorragico si potette valutare a qualche cucchiata da caffè; il dolore poco o nullo.

Rividi l'inferma il martedì seguente: ella avea *completamente recuperata la voce* sin dalla sera di Domenica, nè presentava, al laringoscopio, traccia alcuna del tumore. Notai appena una leggiera iperemia delle corde.

Ma, sento già susurrarmi all'orecchio che il vantare questa vittoria è cosa troppo prematura, in vista della facilità che i papillomi (e tale l'esame microscopico dimostrò ch'era il tumoretto), hanno a recidivare. Pel Sangalli poi la voce *papilloma* è termine che « adessa intorno alla benignità del male », ed il Fränkel, quando mi onorò non ha guari di sua visita, mi sollecitava alla pubblicazione dei casi da me operati da più anni, nei quali non era occorsa recidiva, considerandoli siccome *mere eccezioni*.

E come spiegare, dimando io alla mia volta, che fra' cento casi del Mackenzie figura per due terzi circa il papilloma? Anche quegli individui definitivamente guarirono! Bisogna pur convenire che una fonte di queste controversie esista, ed io tenterò di cercarla brevemente in questa conclusione.

La osservazione clinica dimostra che ci ha un ordine di papillomi diffusi nei quali la recidiva è desolante ed ostinata, e viceversa più difficilmente recidivano quei neoplasmi d'indole papillare, limitati nel loro sviluppo. Ci pare che nella prima forma, forse più comune negl'individui di giovane età, quasi tutta la mucosa laringea fornisca terreno propizio di sviluppo (come chiaramente dimostrano 3 delle mie 35 osservazioni), il quale però col tempo e le adatte cure possibilmente finisce per modificarsi. Io ho 3 volte osservata la forma diffusa in bambini dell'età di 10, 7 e 6 anni; in due la guarigione ebbe luogo, ma dopo un trattamento locale e generale assai lungo ed assiduo (e riosservati dopo qualche anno niuna recidiva si è verificata); nel terzo intervenne la morte per laringo-stenosi, aggravata per incuria dei parenti del piccolo infermo, che vistolo migliorato, lo ritirarono in Formia.

Così due volte ho potuto schivare la tracheotomia, ed un paziente trattamento ne insegna che anche la forma diffusa del papilloma può volgere a guarigione.

La esplorazione laringoscopica sotto questo punto di vista diviene sempre più preziosa, ed i risultamenti a cui mena, potrebbero oramai convincere i meno creduli che le delicate manovre che si eseguono con la guida dello specchio nella scattola della voce, non sono sogni nè invenzioni; che le grandi operazioni non si misurano punto

dalla copia del sangue che cola e dalla maestà del taglio, ma dalla delicatezza e la pazienza nel superare gli ostacoli; ed il biasimare ad occhi chiusi una pratica che s'ignora, potrebbe richiamare alla mente degli spregiudicati ciò che si racconta della volpe!

Napoli — Marzo 1875.

(Dal Giornale *la Clinica* — Anno II. n° 5 — con l'aggiunta della figura).

---

### Uno spillo nella gronda faringo-laringea destra.

I solchi faringo-laringei sono tra le adiacenze della laringe, quelle nelle quali più di frequente si arrestano i corpi estranei accidentalmente ingojati.

Tre volte ho dovuto attivamente intervenire per fatti di simil genere, e tre volte la sede era la stessa. Nel primo caso si trattava di un osso rimasto nella fossa innominata di destra, ingojato da un giovane parrucchiere (v. la oss. 161<sup>a</sup> del mio rendiconto statistico del 1872); la seconda volta era quistione di una sanguisuga che impiantata nel seno piriforme pendeva, addossata al ligamento ariepiglottico del lato destro, nella laringe (v. § XXII, pag. 153); la 3<sup>a</sup> osservazione da ultimo si riferisce ad uno spillo, ed eccone in breve la storia.

Luisa Amato, una giovane sarta robusta, in su' 20 anni, accompagnava per via la germana di lei maggiore; quando a costei manca l'equilibrio e cade. La giovane sorella si affretta a sorreggerla, e nel rasmetterle lo sciallo, mette tra' denti il piccolo spillo che dovea frenarlo. Però l'avventura avea destato la ilarità in un cognato dell'Amato che era presente, e la infelice non sapendo in quel mentre frenare il riso, in una involontaria ed istantanea inspirazione, manda giù lo spillo. Un vivo dolore si appalesa a parte destra del collo, sì che senza por tempo in mezzo ella si dirige al dott. Franco, e questi ben constatate le cose, immantinenti me la raccomandò perchè praticassi l'esame laringoscopico, giacchè la ordinaria esplorazione delle fauci era completamente negativa.

Alle 3 p. m. del giorno 7 aprile l'Amato era in mia casa a raccontarmi questa poco lieta avventura che in tutto datava da un'ora appena. Il dolore era trafittivo, la deglutizione tormentosa, ma voce e respiro più che normali.

Non poche volte fui consultato da individui che mi davano le più ampie assicurazioni di aver ingojato ora un osso, ora una spina di pesce, ora qualche altra cosa, e che affermavano di avvertire realmente in questo o quel punto il corpo estraneo. E quasi sempre restai disingannato perchè salvo un po' di rossore, null'altro rinvenni all'esame diretto. In circostanze simili sarà stato un corpo duro, scabro o puntuto che ha ferita o maltrattata la porzione più bassa



della faringe, lasciando in date località una sensazione molesta che viene poi scambiata per quella del corpo estraneo. Il riposo, per vero, guarisce ogni male a capo di qualche giorno. Ma nell'Amato, l'ansia, la vivacità del dolore, la scomparsa di un oggetto che pochi istanti prima era fra' denti, allontanavano il sospetto di una sensazione esagerata o falsa del tutto. In fatti mercè lo specchio laringeo, dopo reiterate prove, io potetti scorgere lo spillo. Le difficoltà che io incontrava non erano per parte della paziente, ma in vista della posizione che il corpo estraneo avea assunto. Ei pare che attirato violentemente in giù, la epiglottide abbia bene salvaguardata la laringe, e strisciando quello sulla faccia posteriore delle aritenoidi sarebbe direttamente capitato nello stomaco, se la naturale sporgenza dell'articolazione crico-aritenoidea destra non lo avesse fatto deviare. Sia dunque per la incontrata resistenza, sia per la violenza con cui era stato attratto, lo spillo con la sua punta erasi conficcato un pò lateralmente nella mucosa della base della cartilagine aritenoidea destra, e restava verticale, sporgendo appena colla sua testa lucente sul bordo libero del ligamento ari-epiglottico, verso la inserzione epiglottidea.

Senza por tempo in mezzo, tentai rimuoverlo con una pinza curva, una di quelle che soglio adoperare pei polipi intra-laringei, ma non vi riuscii, anche dopo aver pensato a covrirne gli estremi delle branche con un pò di cera. La presa era piccola, la posizione poco favorevole. Senonchè quelle infruttuose manovre giovarono a qualche cosa, perocchè poco a poco la posizione verticale si mutò nella orizzontale, e lo spillo per la totale sua lunghezza di tre centimetri misurava quasi quella dello spazio che separa l'aritenoida dalla faccia interna della lamina tiroidea, quello proprio che in Anatomia è detto gronda o solco faringo-laringeo. Allora cambiai la pinza in altra a movimento antero-posteriore, e non appena, sulla guida sempre del laringoscopio, mi diressi al punto segnato, potetti con un po' di forza e cercando di liberarne la punta conficcata nella mucosa, ritirare ben presto quel molesto corpo. Il quale era uno di quei piccoli spilli metallici che corrono per le mani di tutti, lungo come ho detto 3 centimetri, leggermente incurvato nel centro, e penetrava per circa 2 millimetri nella spessezza della mucosa aritenoidea.

L'inferma non ebbe a lamentare che pei due consecutivi giorni un po' di disfagia, certamente dovuta alla congestione ed all'edema delle parti ferite, ma sin dal primo momento la si sentì rinata.

Lo specchio laringeo adunque, come ognun vede, riesce anche un prezioso mezzo per esplorare le parti limitrofe alla laringe, specialmente i seni piriformi, ed in fatti nè deprimendo con forza la lingua, nè con la esplorazione digitale io riuscii ad assicurarmi della verità del fatto e del sito d'impianto del corpo estraneo.

Ma là ove, come certamente opino, fossero intervenuti segni di grave disfagia o di dispnea per intenso ed acuto edema collaterale, io faccio riflettere che tanto la esofagotomia quanto la tracheotomia sarebbero riuscite operazioni poco acconce a ritirare il corpo estraneo, imperciocchè le gronde faringo-laringee che costituiscono l'esordio del canale esofageo non sono meglio accessibili se non per le vie naturali, dall'alto in basso cioè; il taglio dell'esofago avrebbe menato a nulla, come quello della trachea non avrebbe costituito che un trattamento sintomatico. Nè credo che per il valido impianto acquistato avesse potuto spontaneamente distaccarsi lo spillo e venir poscia cacciato; onde questa osservazione mi par proprio atta a convincere la maggioranza che sarebbe ormai tempo che tutti mettessero a profitto un mezzo di esplorazione molto semplice, il quale talvolta compendia una pratica per quanto proficua altrettanto innocente.

Napoli, Aprile 1875.

(Dal Giornale *la Clinica* — Anno II. n° 8).

---

### Una sanguisuga nella laringe. Estrazione per le vie naturali.

La storia della penetrazione dei corpi estranei nelle interne cavità del nostro organismo, è stata ed è per quanto antica, ricca di casi che tengono desta la curiosità dei dotti; ma quella che ha particolare riguardo alle vie respiratorie, interessa anche più vivamente per la infrequenza da un lato; l'importanza funzionale e le difficoltà diagnostiche ed operative dall'altro.

I corpi estranei possono penetrare nel tratto respiratorio o accidentalmente caduti dalla superiore apertura, o perchè fortunatamente penetrati attraverso casuali soluzioni di continuo sopra uno qualunque dei suoi punti: possono essere gaz non respirabili o tossici, polveri di differente natura, liquidi, solidi. Or poichè lo studio concernente i corpi del primo gruppo appartiene alla patologia tutta, e l'altro che riguarda i liquidi non ha punto rapporto al caso clinico che ci ha suggerito questa nota, nè merita l'attenzione di che invece son degni i solidi, così è che ad illustrare questo punto interessante e dilettevole della chirurgia, e far meglio tralucere la importanza del caso occorso, premetteremo alla narrazione pochi schizzi di storia clinica.

Dopo Aezio il quale aveva soltanto dato brevi indicazioni intorno a questo argomento, bisogna rammentare Erasistrato, perchè seriamente oppugnò l'idea di Platone circa il passaggio dei liquidi ingesti nell'aspera-arteria non solo, ma nettamente giudicò gli ascessi che si vuotano in questo grande canale siccome i più pericolosi.

Null'altro di più preciso si raccoglie nell'antichità, e fa mestieri giungere di botto alla fine del XVI e specialmente del XVII secolo per invenire importanti osservazioni di Marcello Donato, Bonet, Tulpus, Fabrizio da Hilden, Haller, Verduc ed Heister, i quali ultimi insistono in ispecial modo sulla indicazione ed il manuale operatorio che concerne la tracheotomia.

In mezzo ai lavori di Herin, Lamartinière, Lescure, Favier, sorge celebre la memoria del Louis che mentre riunisce tutti i fatti pubblicati in proposito, presenta la istoria ed i precetti terapeutici intorno all'argomento di cui ci stiamo occupando.

Arrivati da ultimo al secolo nostro, bisogna ricordare il Desault, il Dupuytren, il Jobert (de Lamballe), il Porter ed una eccellente memoria (premiata) del Bertholle.

Malauguratamente però le osservazioni di tanti dotti non sono nè poteano venir controllate da un esame diretto, in un'epoca in cui il laringoscopia non era che in mente di qualcuno, sicchè restano sempre dei dubbii circa la sede ed il punto di arresto dei corpi estranei, dubbii che l'anatomia completamente giustifica. Che se allora la riferita sintomatologia depone chiaramente in prò di una laringo stenosi acutamente svolta, o di gravi ostacoli alla respirazione per lo arrivo del corpo estraneo nelle prime biforcazioni bronchiali, in altri casi è registrato che « *la respirazione e la deglutizione rimasero perfettamente libere* » e solo intervennero ulteriormente « *accidenti* » in mezzo ai quali il corpo estraneo venne rigettato. E noi sappiamo che la mucosa faringo-laringea nelle sue connessioni agli organi vicini costituisce ligamenti e fossette, come le glosso-epiglottiche ad esempio e le innominate, le quali si prestano a meraviglia perchè corpi estranei vi soggiornino, senza provocare fenomeni altri che la molesta sensazione, o nulla perfino: eccettuato il caso in cui il corpo estraneo, un animale ad esempio, non tenti migrare per le adiacenze. Parrebbe quindi a prima giunta che dietro l'applicazione che il laringoscopia ha ricevuto in questi ultimi tempi, le osservazioni avessero dovuto moltiplicarsi: pure ciò non è vero nel fatto pratico e la storia contemporanea è nel paragone meno ricca dell'antica di casi di simil genere. L'è un capitolo dunque che vuol essere rifatto col nuovo indirizzo di diagnosi laringoscopica, e credo utile la pubblicazione di un caso a me occorso, interessante pei sintomi, singolare (1) per la natura del corpo estraneo che lo provocava.

Un tale Antonio di Santo, nativo di Pozzuoli, uomo robusto in sui 33 anni, lavorante di mare, presentavasi il dì 27 agosto dell'anno 1874, al mio dispensario, seguito dalla moglie e da buon numero di componenti la sua famiglia.

Era sfinito, e nel camminare avea bisogno di appoggiarsi: accusava tosse, dispnea e disfagia; la voce era nasale; ei sputacchiava continuamente sangue puro. Tutta questa sindrome svolta da soli 15 giorni, era venuta gradatamente su, a quanto ne raccontava,

---

(1) Per vero il dott. Gesualdo Clemente, in data 17 settembre 1874 mi scriveva da Caltagirone a proposito di sanguisughe penetrate nella laringe, che avendo egli interrogato lo Störk e lo Schrötter di Vienna, il Fauvel di Parigi ed il Johnson di Londra, tutti aveano risposto essere tali casi rarissimi nella clinica laringoscopica. Poichè la interessantissima osservazione del Dott. Clemente, illustrata splendidamente dal Prof. Vanzetti venne pubblicata dopo la mia, io non ebbi il vantaggio di menzionarla. Rimedio in parte ora che riproduco l'articolo, rimandando il lettore al n. 48 della *Gazzetta Medica Italiana* (1874).



dopo che, arso dalla sete, egli aveva bevuto l'acqua impura di un rigagnolo. Costretti a migrare lungo la costa per la pesca od altre industrie marinarie, sotto la sferza di un sole ardente, questi sventurati invano cercano per giorni interi un filo d'acqua, e non appena ne scorgono, sudicia o stagnante, non esitano a saziarsene. E così il di Santo il quale questa volta ne avea riportati i panni laceri, non solo perchè la disfagia e la dispnea lo tormentavano, ma anche per l'adinamia in cui lo aveano gittato il dolore locale e le continue perdite di sangue.

Per altro non avea mancato di chiedere i soccorsi dell'arte: quindici giorni erano trascorsi in condizioni sempre più allarmanti.

L'esame della faringe, fortemente depressa la lingua, era completamente negativo, se ne toglie il sangue emorragico che vi si addensava, e la necessaria iperemia consecutiva.

La esplorazione della laringe valse a togliere quello sventurato e noi stessi da ogni imbarazzo; giacchè rivelò la presenza di una sanguisuga la quale impiantata per una delle ventose nel solco faringo-laringeo (1) destro, pendeva, addossata al ligamento ari-epiglottico omonimo, per tutta la lunghezza del corpo, nella interna cavità laringea; e quindi la tosse, l'affanno, la dispnea e la disfagia. La mucosa di tutto l'organo era vivamente iniettata, e sulla epiglottide si notavano tre a quattro macchie bianco giallastre, piccole come lenti, regolarmente rotonde, sicuri effetti di essudazione fibrinosa nei punti feriti dal brutto animale.

Innanzi ad uno spettacolo così desolante, la esitazione non era punto permessa, e la estrazione per le vie naturali solennemente indicata.

Un solo possibile teneva desti i miei timori. Non potendo io giudicare se nel solco faringo-laringeo o nella cavità laringea propriamente aderisse per la ventosa quella sanguisuga, era più che giustificato il sospetto che stimolato l'animale, ei non si lasciasse an-

---

(1) La faccia posteriore della laringe, che rappresenta la parete anteriore della parte più bassa della faringe, offre nelle sue parti laterali due gronde, designate col nome di fossette, seni innominati o piriformi, e più generalmente gronde laterali della laringe, solchi faringo-laringei. Più profondi e più separati in alto che in basso, misurano la distanza che separa le grandi corna dell'osso ioide dal bordo superiore della cartilagine cricoide. Rappresentano uno spazio quasi triangolare o cuneiforme e sono limitati: in fuori, dalla membrana tirojoide, dai bordi posteriori e dalla porzione vicina delle facce interne delle lamine tiroidee; in dentro, dai ligamenti ari-epiglottici, dalle parti laterali corrispondenti delle cartilagini aritnoidee e cricoidee coperte dai loro muscoli; l'estremità inferiore da ultimo costituisce una sorta di piccolo canale che immette nell'esofago.

dare giù nel tratto respiratorio a produrre segni di una acuta e letale asfissia. Raccomandai quindi all'infermo massima calma, e tra le grida e le litanie dei suoi parenti, mi detti all'opera.

Sulla guida dello specchio laringeo introdussi nella cavità una delle ordinarie pinze a forceps da polipi, e per ventura allo inaspettato contatto, l'animale si mosse: ma poichè con uno estremo del corpo era fisso al solco diritto, il movimento di ritirata si fece proprio verso quello, e vi rimase rincantucciato. Io non avevo a paventare ora che la sua discesa nello esofago: prontamente tentai rimuoverlo per ben due volte, ma, scivolava, per la levigatezza del corpo, attraverso le branche dello istrumento: sì che munitomi invece di altra pinza dentata, fui in grado, non appena ritentata la prova, ritirarlo fuori per intero e vivo, in mezzo alle acclamazioni di quella palpitante folla.

L'infermo si sentì rinato, e se ne partì dopo qualche pennellazione astringente che praticai nella laringe.

Sò che completamente e presto riavuto in forze, vive giorni contenti, ma egli è forse nel numero di coloro che credono la gratitudine una mera superfluità: di lontano mi invia i suoi saluti, ma non m'è dato rivederlo; anzi dopo avermi reclamato il molesto ospite, finì per ammazzarlo! Forse onde farne da sè giustizia!

Era una sanguisuga delle ordinarie, proprio di quelle che costituiscono il gruppo degli *Irudinei Gnatobdelli*, di color grigiastro, lunga poco più che 4 centimetri.

È fuori dubbio che la migrasse di punto in punto nelle regioni prossime; le varie punture epiglottiche ne erano una prova, come la continua emorragia: anzi è strano come la sia tanto lungamente soggiornata in punti così alti del tratto respiratorio: vuol dire che aderisse la maggior parte del tempo alla mucosa di quelle sedi da cui forse non separavasi che per brevi istanti.

Nella citazione dei varii corpi estranei io non trovo che due sole volte designata la sanguisuga. Una osservazione appartiene al Vital: l'animale soggiornò 40 giorni nella trachea di un soldato a 25 anni e fu ritirata viva mercè tracheotomia: l'altra è del Lacretelle. Non nego che forse altri pratici siano stati testimoni di fatti analoghi, ma questo è tutto quanto io sappia.

In casi simili, più che pensare alla diretta penetrazione nella laringe, è preferibile ammettere col Guyon che bevendo « le sanguisughe si siano arrestate nella faringe e sian poi migrate nelle vie « aeree ». Per vero nel caso presente non si saprebbe asserire che bevendo, l'animale sia stato attirato dalla colonna d'aria inspirata nella cavità laringea; imperocchè l'anamnesi ne apprende che quei sintomi si affacciarono per gradi, nè ci fu istantanea dispnea. Arrivata invece nella faringe insieme all'acqua, la sanguisuga fissò sua

stanza nella gronda faringo-laringea destra, migrando quindi col resto del corpo nella laringe, senza punto abbandonare la primitiva sede.

Comunque però sian andate le cose, egli è fuori dubbio utile il constatare come la estrazione per le vie naturali (senza ricorrere cioè alla tracheotomia) dei corpi estranei arrestati nelle parti più alte del tratto respiratorio, sia un prezioso acquisto della moderna chirurgia; e se lo specchio laringeo fosse, come oramai. dovrebb'esserlo, nelle mani di tutt' i medici, moltiplicandosi le osservazioni, anche i meno creduli avrebbero a convincersi che la esplorazione laringoscopica serve a qualche cosa!

(Estratto dallo *Sperimentale*. — Febbraio 1875).

## Contribuzione allo studio delle malattie del ventricolo del Morgagni.

Memoria letta al primo Congresso Internazionale di Laringologia  
tenuto in Milano nel Settembre 1880 (1).

## SIGNORI,

L'importanza che l'esame laringoscopico ha guadagnato in rapporto alle malattie della laringe e quelle di altri organi o diatesiche, è troppo riconosciuta nella scienza per osare di parlarne a voi che avete fatto del vostro meglio per farla risaltare.

I vantaggi che noi ritragghiamo dallo specchio laringeo, relativamente alle pressioni intratoraciche su i nervi ricorrenti, relativamente alla tubercolosi ed alla sifilide, sono ben riconosciuti a preferenza da quelli che hanno la pratica del laringoscopio, nei casi in cui i sintomi laringei sono i soli, o anche gli altri fenomeni fisici così poco accentuati, che senza la ispezione diretta non sarebbe possibile fare una diagnosi esatta.

Nondimeno, per non ingannarsi in quanto ai sintomi obiettivi, è necessario una conoscenza profonda della tecnica e della semiologia laringoscopica, due cose che si arrivano a possedere mercè il lungo esercizio. In fatti tranne l'età dell'infermo ed alcuni ostacoli insormontabili, è abbastanza raro che si debba rinunciare all'esame mercè lo specchio. Colui che possiede questa pratica, a colpo d'occhio esplora la cavità, i punti più nascosti, e se la luce è sufficiente e ben regolata e l'infermo è docile, si giunge ad esaminare la trachea per un breve tratto, sovente la biforcazione, il bronco destro od entrambi in alcune circostanze più speciali. Ma resta sempre una regione alla quale l'ispezione diretta non può pervenire, e si può anticipare senza aver l'aria di paralizzare il progresso, non giungerà mai: voglio dire la cavità del ventricolo del Morgagni. Questa regione è estesa, come sappiamo dall'anatomia; è importante

---

(1) Quest'altra comunicazione fu pure letta in francese e riportata nel giornale *La Scuola Medica Napoletana*, tradotta in Italiano dall'egregio dott. P. Masucci, cui rendo le dovute grazie.



nello sviluppo di certi processi morbosi, come l'istologia e la fisiologia c'insegnano; è talvolta la sede di dissesti morbosi che vi restano nascosti fino al momento in cui si deplora di averli conosciuti troppo tardi.

Egli è vero che l'occhio arriva all'orifizio di questa cavità e ai punti limitrofi; è vero pure che si possono colpire i sintomi collaterali, ma poichè sono gli stessi in parecchie malattie, resta sempre a sapere di quale in particolare si tratta, e per il trattamento, senza alcun dubbio, vale la pena di fare a tempo la diagnosi. Or siccome il caso ci ha portato alla osservazione di parecchi esempi di malattie del ventricolo, ed io credo questo studio di una utilità incontestabile, mi sono deciso a presentarvi questa grave quistione ed esaminerò alla vostra presenza: 1° le malattie che si sviluppano come fatto primitivo nei ventricoli del *Morgagni*; 2° le ragioni di preferenza di sede; 3° la loro diagnosi ed i mezzi mercè i quali si può farla; 4° le probabilità o no di un trattamento locale.

I.

Per bene cominciare è indispensabile di separare dapprima le lesioni generali di tutta la cavità, da quelle che restano limitate ai ventricoli: le prime non possono entrare in questo quadro perchè la partecipazione o meno del ventricolo è una cosa d'importanza secondaria, e non restano che le seconde. Sapere quali esse siano è fare un gran passo nella grave quistione della diagnosi.

1.° Comincerò da una lesione tanto facile a comprendersi quanto rara e poco illustrata: l'ernia del ventricolo del *Morgagni*, che si potrebbe nominare anche prolasso o rovesciamento.

In seguito a catarri cronici ripetuti, ad ispessimenti della mucosa ed ipertrofia delle sue glandole, la porzione della mucosa laringea che tappezza la cavità e la dietrocavità dei ventricoli del *Morgagni* e che aderisce abbastanza fortemente ai tessuti sottostanti, può essere stirata e distaccata in alcuni punti, e sotto la persistenza di certe cagioni morbose, gli sforzi della voce soprattutto, può mostrarsi fuori l'orifizio, sotto forma di una plica mucosa o di un tumore che ricopre il ligamento vocale dello stesso lato. Benchè si comprenda perfettamente la sua maniera di produzione, malgrado la frequenza delle infiammazioni croniche, l'ernia del ventricolo è stata osservata rarissimamente: si possono contare le poche osservazioni e ricorderemo tra quelle che sono state pubblicate, la prima interessantissima di Lefferts (1876) di un prolasso doppio pel quale bisognò praticare la tirotomia; l'altra anche molto notevole di Zawerthal (1877) operata per le vie naturali, e due di Moxon e Mackenzie, riconosciute dopo la morte.

Queste osservazioni provano che l'ernia del ventricolo è un fatto raro, ma che noi possiamo riconoscerla come una malattia autoctona del ventricolo.

2.<sup>o</sup> Nessuno meglio del laringoscopista conosce le devastazioni che la tisi e la sifilide producono nella laringe; infatti le condizioni favorevoli per fare, mercè l'esame laringoscopico, dell'anatomia patologica sull'uomo vivente, hanno enormemente allargate le nostre conoscenze sul proposito. Noi conosciamo abbastanza bene le differenti forme iniziali della tubercolosi e della sifilide laringea. Or quando l'uno o l'altro dei due processi riveste la forma ulcerosa, ne segue che l'organo ne è colpito in totalità o in qualche regione solamente.

Nel primo caso i ventricoli potrebbero non essere risparmiati, nel secondo è ben raro che il punto di partenza sia la cavità ventricolare, ed ancora più che il processo vi resti limitato.

Per la tubercolosi della laringe basta improntare i dati ed un lavoro interessantissimo di Heinze.

Questo eminente collega, che ha redatta una esatta statistica, ci fa notare che nel ventricolo del *Morgagni* non si riscontrano che ulcerazioni esclusivamente tubercolari, ma la falsa corda vocale vi è sempre compresa, ed al laringoscopia la superficie di questa, che corrisponde alla cavità laringea, è sempre possibile ad esplorarsi.

Non si potrebbe negare a *priori* che l'ulcera tubercolare possa cominciare dal ventricolo, ma le osservazioni le più attente ci fanno sapere che praticamente non è questo il caso, ed il ventricolo non è la regione che sia il bersaglio del tubercolo come accade per le corde vocali e le aritenoidi. Sappiamo che le forme iniziali della tubercolosi laringea hanno una preferenza per la mucosa inter-aritenoidea, le aritenoidi e le corde vocali: sarebbe un errore dire che i ventricoli sono risparmiati, mentre si trovano pieni di pus che esce alla pressione e spesso sono tappezzati da un essudato diftericoide, la mucosa si rilascia e si ulcera, ma non si può affermare che l'infiltrazione e l'ulcerazione tubercolare comincino dal ventricolo.

Parimente per la sifilide secondaria e terziaria. Le stesse devastazioni, la stessa polimorfia; ma mentre si parla così spesso dell'epiglottide, dei ligamenti, della regione sotto-glottica, il ventricolo non figura mai come sede unica o di predilezione.

Si può dunque affermare con sicurezza che se la tubercolosi e la sifilide non mettono al coperto dei loro attacchi i ventricoli, non è su di loro che cade la scelta.

3.<sup>o</sup> Pericondrite. La superficie piana, leggermente concava della lamina posteriore e interna della cartilagine tiroide, corrisponde ai ventricoli della laringe. Da questa disposizione anatomica ne segue che tutte le volte che questo tratto è la sede di una infiammazione

acuta o cronica, è appunto nella cavità del ventricolo che i fenomeni locali si sviluppano, e noi sovente vediamo l'infiltrazione sieropurulenta propagarsi alla falsa corda vocale, la faccia inferiore della quale rappresenta la parete superiore del tratto orizzontale del ventricolo. Noi dunque abbiamo a fare allora non con una malattia di quello, ma bensì col tessuto cartilagineo che ne forma la trama ed i limiti. Noi abbiamo a fare con un tessuto patologico che può suscitare i dubbii più serii per la diagnosi e che merita di essere ben riconosciuto. Vedremo ora in qual modo.

4.° Io non dirò che poche cose su i corpi estranei del ventricolo.

Se il corpo è penetrato di fuori, è ben difficile che sia incuneato nel sacco del ventricolo. Si tratta di un corpo oblungo, puntuto? È possibile che uno dei suoi estremi penetri nella cavità; ma a parte la frequenza con la quale l'inspirazione attrae come una calamita il corpo estraneo verso lo spazio glottico, che può o no superare, si è sempre in grado di riconoscere con l'esame laringoscopico il corpo estraneo e la posizione che occupa nella laringe.

In quanto ai corpi estranei derivanti dall'istesso organo, non si tratterebbe che di qualche sequestro cartilagineo conseguenza di pericondrite, ed abbiamo già parlato di questa. Se infine il corpo estraneo si è fatto strada attraverso una ferita del collo, la ferita esterna ed i sintomi secondarii parlano abbastanza chiaro in favore della diagnosi, quand'anco fosse impossibile vedere il corpo estraneo. Del resto non bisogna dimenticare che Guyon ci fa sapere che in 75 casi, 4 volte il corpo estraneo era interamente nascosto in uno dei ventricoli.

5.° Arrivo ora ai tumori. Per ordine di frequenza troviamo tra quelli che sono stati osservati nella cavità ventricolare, in prima linea l'epitelioma, poi le cisti (un caso di cisti idatidea è stato riportato da Ryland), e finalmente i sarcomi e l'encefaloide.

È singolare come gli adenomi, rarissimi nella laringe, non siano stati osservati che all'epiglottide, alle corde vocali ed alla faccia interna delle aritenoidi, ma pei papillomi, i fibromi, gli angiomi, i tumori amiloidi, i mixomi ecc., la sede di predilezione è tutt'altra.

Da questo rapido schizzo di anatomia patologica si vede evidentemente che il quadro delle malattie del ventricolo si restringe poco a poco di molto, e le lesioni iniziali non sono che l'ernia, la pericondrite, i corpi estranei, un piccolissimo numero di tumori. Possiamo adunque tirare da questi primi dati un corollario clinico interessantissimo, cioè che le malattie che si originano nel ventricolo laringeo sono quelle sole che abbiamo menzionate.

## II.

Possiamo sapere perchè vanno così le cose? Vi ha una spiegazione fisiologica soddisfacente per la rarità di questi processi morbosi?

L'anatomia c'insegna che alla parte posteriore, superiore e interna dei ventricoli, vi è un gran numero di glandole a grappolo destinate a lubrificare la mucosa con una secrezione continua ed abbondante.

I dissesti che abbiamo veduto, d'altronde, si portano a preferenza alle glandole: l'ipertrofia del loro cul di sacco, l'ispessimento del tessuto congiuntivo peri-glandolare, ci han già reso conto delle lesioni della mucosa che metton capo al prolasso, e per i tumori son pure le glandole il punto di partenza, sia che si tratti di una ritenzione (cisti), sia di una neo-produzione in tutta la estensione della parola. Il cancroide infatti si sviluppa a preferenza sulle mucose che sono fornite di glandole, ed è appunto nella cavità di queste che comincia la formazione di cellule epiteliali, le quali in seguito ne atrofizzano le pareti e infiltrano i tessuti vicini.

D'altronde, se i ventricoli, come vedremo, sono abbastanza spesso chiamati a funzionare, essi non debbono risentire nè uno sforzo grave, nè considerevoli movimenti, e la loro cavità non deve permettere nella fonazione che il solo contatto dell'aria atmosferica; essi sono passivi nella funzione. In una parola, la struttura della mucosa da una parte e la passività funzionale dall'altra, rappresentano una disposizione a certi processi, e ci spiegano la rarità degli altri.

## III.

*Diagnosi.* — La diagnosi delle malattie del ventricolo del *Morgagni*, di questa cavità che sfugge all'esame con lo specchio laringeo, non può essere che di sospetto.

Finchè la lesione non oltrepassi l'orifizio e non produca sintomi collaterali, i dissesti funzionali sono tanto poco marcati che impossibile sarebbe fare una diagnosi esatta.

Esaminiamo il valore di tre sintomi culminanti: il dolore, i dissesti della respirazione e della fonazione.

Il dolore, una sensazione di molestia, di punta nella regione laringea che corrisponde al ventricolo, non potrebbe esser compreso che per effetto di ulcera o di tumore cancerigno, o di corpi estranei, ma può essere così poco marcato o comparire tanto tardi che non si potrebbe fidarvi molto, ed è allo accordo di altri sintomi che bisogna fare attenzione. Allorchè il male è tale da occupare tutta la cavità ventricolare, sia per la presenza di tessuto iperplastico,



sia perchè la mucosa prolassata, e ancora più un tumore che vien fuori dall'orifizio si accolla alle corde vocali per modo da impedirne le vibrazioni, ovvero perchè l'ingorgo dei tessuti impedisce il libero movimento dell'articolazione crico-aritenoidea, e quindi l'adduzione della corda, ne possono seguire dissemi della fonazione che variano tra la più semplice raucedine e l'afonia completa. Io non ho la pretesione di discutere qui sull'importanza fisiologica del ventricolo del *Morgagni*, ma i fatti clinici abbastanza numerosi che si sono presentati alla mia osservazione mi menano a credere pienamente alla parte che i ventricoli prendono alla fonazione. Senza addentrarmi in opinioni personali, dirò che l'idea di riguardare i ventricoli semplicemente come serbatoi di mucosità destinate a lubrificare le corde vocali, non mi pare soddisfacente. Vi ha glandole che il Coyne ha bene dimostrate tra il ligamento fibro-elastico e la parte superficiale della mucosa, il dotto delle quali lunghissimo, si apre obliquamente al bordo libero del ligamento vocale, e son queste che sono addette a questo scopo. I dissemi della risonanza della voce che tanto spesso vediamo nelle malattie del ventricolo, ci devono far pensare ad una funzione ben più interessante ancora. Io non posso accettare che le pareti di queste stesse cavità sieno quasi sempre accollate e non contengano aria, perchè non si saprebbe comprendere lo sviluppo abbastanza considerevole del ventricolo e quello enorme che assume nelle scimmie urlatrici. È mestieri ricordarsi ancora che le fibre del muscolo tiro-aritenoideo che si perdono nella porzione posteriore delle pliche ari-epiglottiche, incrociano obliquamente la porzione orizzontale del ventricolo, ed è qui appunto che si nota il restringimento tra questa porzione e la verticale, che si chiama dietro-cavità del ventricolo. La contrazione di questo fascetto aumenta la rigidità delle pareti ventricolari, e la loro convibrazione non saprebbe essere indifferente sui caratteri del suono.

Ci possiamo rendere conto dei dissemi respiratorii allorchè l'ingorgo e l'infiltramento impediscono i movimenti dell'articolazione crico-aritenoidea, e con ciò l'abduzione della corda vocale. Io credo che in generale nei restringimenti laringei non si dà a questo fatto, l'anchilosi di codesta articolazione, il suo giusto valore, e da parte mia son convinto che in parecchi processi morbosi, il crup, quel che si chiama ancora impropriamente edema della laringe ecc., lo edema della mucosa non possa spiegare tutto il grado del restringimento. Allorchè si pratica con molta cura l'esame laringoscopico, si è spesso colpiti dalla sproporzione tra l'edema e la stenosi, e sarebbe abbastanza azzardante spiegare questa per il fatto semplicissimo dell'ingorgo delle parti, dimenticando che intorno all'articolazione i tessuti infiltrati sono un ostacolo serio ai movimenti concentrici ed eccentrici.

Per ritornare ora alla diagnosi, bisogna considerare che sempre quando la lesione ha varcato i limiti dell'orifizio, lo specchio laringeo ci mette sotto gli occhi la realtà delle cose. Intanto può anche accadere che i fenomeni dell'ingorgo collaterale coprano tutto ciò che esce dal ventricolo e si ritorna ad essere in imbarazzo. Non-dimeno alloraquando dopo ripetuti esami, a parecchie riprese, si ha il diritto di credere che il punto di partenza della malattia sia il ventricolo, la conoscenza dei processi morbosi che a preferenza cominciano in questa sede, verrà con la maggiore utilità in nostro aiuto.

Si tratta di un'ernia o di una cisti? Non si potrà seguire fino alla sua origine la neoproduzione, ma il laringoscopio ci dimostrerà che il suo punto di partenza è nel ventricolo. Sono invece vegetazioni che sotto forma di bottoni carnosì compariscono all'orifizio di detta cavità? Egli è logico di esagerare l'interpretazione dei fatti fino a sospettare che non siano che una parte di un tumore nascosto nel ventricolo. Se finalmente l'edema della falsa corda ricopre le parti sottostanti, non si potrebbe affermare assolutamente che si tratti di una semplice pericondrite o di un tumore cancerigno, di cui la prima potrebbe essere la conseguenza.

Ora, se si può scartare la sifilide e la tubercolosi, e le cagioni classiche della pericondrite reumatica, benchè rarissima siano assenti, deve saltare in mente la possibilità di un tumore cancerigno.

Confesso che al cominciare della mia pratica abbastanza tardi sono giunto a questa diagnosi, ma quando ho potuto pesare un poco meglio il valore di certi sintomi, ho emesso dei giudizi che sono stati confermati dall'autopsia. Mi ricordo tra gli altri un caso classico nel quale fu praticata la tracheotomia; l'infermo soccombette per pneumonite. Si tolse la laringe. Insistetti perchè si aprisse la cavità ventricolare del lato sinistro, e si fu sorpresi di trovare, come io aveva preveduto, un tumore che il microscopio dichiarò un cancro. Bisogna adunque esagerare le induzioni, fare una diagnosi differenziale, misurare le possibilità dell'uno o dell'altro processo morboso, e se il tumore ha i maggiori gradi di probabilità, ricordandosi che l'epitelioma, il sarcoma, l'encefaloide sono i più frequenti ad osservarsi, si possono avanzare timori in favore di un neoplasma a decorso rapido.

#### IV.

Questo studio clinico, Signori, che innanzi a voi ho esposto con la brevità necessaria per non stancare la vostra attenzione, ci conduce direttamente ad una quistione abbastanza seria, quella della cura.

Agevolmente s'intende che se la diagnosi delle malattie del ven-

tricolo del *Morgagni* è difficile, il trattamento ne è più difficile ancora. Si tratta di un prolasso unilaterale o doppio? Si potrebbe scegliere tra una operazione per le vie naturali (come Zawerthal ha fatto, ed io preferirei sempre) e la laringotomia.

Si tratta di una pericondrite tiroidea? La cura sarà l'ordinaria, ed in linea sintomatica la tracheotomia, se la dilatazione col metodo di Schrötter non è sufficiente.

Un corpo estraneo si è arrestato con uno dei suoi estremi nel ventricolo? Ebbene, se è possibile di ritirarlo per le vie naturali si tenterà prima o dopo la tracheotomia, e se ciò è impossibile si praticherà la tirotomia.

Nel caso di ulcera tubercolare o sifilitica, si farà il trattamento locale ordinario e sotto l'influenza di una cura generale, questa ulcerazione guarirà o no, in proporzione della resistenza che il processo morboso offrirà agli agenti medicamentosi.

E pei tumori? Ecco il punto più saliente della tesi che ho esposta.

Se si ha a fare con una cisti che supera l'orifizio del ventricolo, è possibile aprire la porzione sporgente e cauterizzare. Ma se vi ha a sospettare per contrario un tumore cancerigno, che cosa fare?

Io credo francamente che i processi operativi nel senso del raschiamento di simili tumori di cui le radici si perdono nella spessore dei tessuti, non sia un buon consiglio, e la laringotomia a questo scopo, per togliere il tumore non saprebbe darci sufficienti garanzie contro la recidiva. Nel nostro secolo di progresso, in cui il chirurgo ha per impronta di osare tutto, si è praticata parecchie volte in Germania, in Italia, in Iscozia, l'estirpazione della laringe. Di contro a questa grande operazione di una estrema temerità, io piego riverente la fronte e saluto i Billroth, i Langebeck, i Bruns, i Bottini, i Caselli, i Foulis ecc., come i più eminenti chirurghi contemporanei.

Nondimeno resta sempre un punto oscuro e delicato, cioè l'indicazione.

In quali condizioni si pratica l'estirpazione della laringe? Nei casi disperati, nei casi in cui è permesso ad ogni costo far delle prove. L'infermo non respira nè ingoia, la tracheotomia non sarebbe sufficiente alla cura palliativa, perchè l'inedia gli minaccia la vita ed anche un poco più da lontano l'infezione cancerosa. Se il tumore fosse di tutt'altra natura, granulomi per esempio, si comprende bene che dopo aver garentito la vita dell'infermo mercè la tracheotomia e con l'introduzione della sonda esofagea, con manovre pazienti ed intelligenti fatte sulla guida del laringoscopio, si potrebbe curare e domare la malattia originaria.

Ora, nei casi di cancro primitivo della laringe che si origina dal ventricolo, non lo si riconosce malauguratamente che tardi; al-

lorchè la dispnea e la disfagia aumentano e si sommano; allorchè non c'è più da ingannarsi sul decorso progressivo dell'affezione; allorchè il tumore ha guadagnato in estensione. In questi casi sventurati, le probabilità della recidiva sono immense e l'indicazione non soddisfa l'onore della scienza. Ma se il laringoscopista (perchè è desso a preferenza che con lo specchio alla mano studia l'estensione, la sede, i periodi di una malattia della laringe), ha tutti gli elementi per pensare a favore di un tumore cancerigno del ventricolo, cioè che egli ha portato il suo giudizio sopra esami ripetuti, su di un'analisi diligente ed una esatta nozione dell'estensione del tumore, egli avrebbe nelle sue mani una classica indicazione per consigliare l'estirpazione della laringe.

Il ventricolo, sorta di saccoccia naturale, può considerarsi in questo caso come il setto che separa i tessuti morbosi dai sani, se la via pei linfatici non si è ancora aperta al trasporto dei materiali infettivi. Estirpare il ventricolo vale sicuramente togliere tutto il tumore, allontanare dai tessuti sani il focolaio micidiale, in condizioni assai più favorevoli di quando il cancro è sulla parete comune dell'esofago e della laringe, cioè misto, come giudiziosamente lo chiama il Fauvel.

Non bisogna tanto meno aspettare l'ingorgo glandolare ed il marasma; la propagazione per la via dei linfatici del resto non si fa per la laringe che abbastanza tardi, a causa delle comunicazioni così poco numerose con i gangli esterni. Ma bisogna fare la diagnosi prima, e lo ripeto è il laringoscopista che lo deve, è lui che può meglio consigliare il chirurgo ad intervenire o no. Bisogna ricordarsi ciò che ho detto della sintomatologia, e per non ritornarvi, presento al vostro savio giudizio, per la diagnosi e la cura delle malattie del ventricolo del *Morgagni* le seguenti conclusioni:

1.º Le malattie del ventricolo del *Morgagni* sono di molto difficile diagnosi.

2.º La conoscenza dei processi morbosi che sono stati osservati in questa cavità, facilita molto il giudizio, perchè le forme iniziali (fatta astrazione dai corpi estranei) non sono che l'ernia del ventricolo, la pericondrite della lamina della tiroide che corrisponde alla cavità ventricolare, i tumori.

3.º La prevalenza dell'epitelioma, del sarcoma, dell'encefaloide tra questi ultimi, deve menarci a credere ad un neoplasma a decorso rapido semprechè la cisti non sia evidente.

4.º Le operazioni endo-laringee restano in gran parte paralizzate per le difficoltà di sede; e fra i processi operatorii extra-laringei, il cancro del ventricolo fornisce l'indicazione la più razionale alla estirpazione della laringe e le garenzie le più serie, purchè si faccia a tempo la diagnosi.



## Tracheoscopia per trasparenza:

Comunicazione fatta al Congresso di Pisa nella Tornata del 26 settembre 1878).

## SIGNORI.

Non so nascondervi che gli è con una certa soddisfazione, se, riandando sulla illuminazione per trasparenza della laringe e della trachea, io sia in grado di comunicarvi i felici risultamenti a cui pervenni: e tanto più me ne compiaccio perchè sò che la mia parola è rivolta ad egregi confratelli, i quali padroni della tecnica laringoscopica, potranno esattamente valutare i fatti sui quali andrò per richiamare l'attenzione; fatti i quali sebbene non ignorati sin dall'infanzia della laringoscopia, rimasero ben presto in oblio o furono falsamente compresi.

Io quindi non ho la pretensione di presentarvi cose nuove: desidero invece dimostrarvi che la illuminazione per trasparenza può avere una reale utilità, contrariamente a quanto si è creduto fin oggi; e che il processo è molto semplice, semprechè si muti indirizzo, e più di ottenere la illuminazione della laringe, si miri a rischiarare la trachea, le malattie della quale han sempre presentato, per diagnosi e per cura, molte difficoltà.

Non vi ripeterò la storia per quanto breve altrettanto nota della illuminazione della laringe per trasparenza: sappiamo tutti che la fu un'idea che per primo ebbe lo Czermak; e pare rimanesse tanto sterile che molti trattatisti ne tacquero, ed assai concisi furono quelli che ne parlarono.

Per vero il Mackenzie, nome a noi troppo caro, autore di uno dei migliori trattati di laringoscopia, a proposito della illuminazione per trasparenza dice appena così:

« Se la luce solare è concentrata di lato al collo, e poscia s'introduce lo specchio laringeo, si ottiene una immagine più o meno distinta. Anche nelle più favorevoli circostanze, in cui il collo è esile e lungo, l'immagine non è chiara per essere di un reale valore, mentre se il collo è breve e muscoloso, o le ghiandole sono ingrossate, non si può nulla vedere, ecc. ».

Stoerk, nella sua clinica delle malattie laringee, accenna più lungamente a questo metodo che dice avere pochissimo valore pratico, tanto da essere stato da anni trascurato dalla maggior parte.

Voltolini, nel suo libro «l'uso della galvanocaustica nell'interno della laringe» tanto splendidamente tradotto dal prof. Gamba, consacra un breve capitolo alla illuminazione per trasparenza, della quale si mostra assai tenero.

E se Stoerk troppo amaramente lo riprende, deve ora permettere che un modesto laringoscopista, quale io mi sono, gli faccia osservare che le pretese difficoltà sono chimeriche, e noi, con mezzi assai semplici, possiamo utilizzare in pratica questo vecchio mobile della illuminazione per trasparenza, abbandonato in un cantuccio, fabbricato in furia e fretta, e poi dimenticato come oggetto inutile.

Badate però, colleghi miei, che io non voglio camuffarmi ad avvocato difensore! Tanto più che il Voltolini non ha bisogno di difendersi, ed io pure devo rimproverargli talune inesattezze in cui è incorso a proposito del processo del quale desidero parlarvi. Tanto più, che sebbene questo processo rientri nella illuminazione per trasparenza, pure si propone uno scopo diverso da quello a cui si è mirato fin oggi, e dev'essere menato avanti in maniera differente.

Cosicchè concedete che dopo un così sconnesso esordio io entri in materia, e dica alla fine quel po' che ho promesso e che mi è rimasto sinora nella penna.

Ecco dunque i fatti.

Se si concentra un fascio luminoso sopra uno de' lati del collo o sulla porzione extra-toracica della trachea, e si applica nel punto solito del cavo orale (lasciato a bella posta all'oscuro) lo specchio laringeo, durante la inspirazione, si ottiene una immagine distintamente illuminata della porzione sotto-glottica.

In questa proposizione colleghi egregi, si racchiude una osservazione reale che tutti sono al caso di ripetere e controllare, e che compendia lo scopo della presente comunicazione: se non che è troppo necessario che io la disamini nei suoi dettagli; ne discuta innanzi a voi i punti salienti, e stabilisca un parallelo per mostrare che nelle sua facilità di applicazione, questo processo non è niente affatto quello intravisto da Czermak e merita un po' l'attenzione perchè in date emergenze può essere abbastanza utile al laringoscopista.

Comincio dalla illuminazione e dico che malgrado tutti i vantaggi (a voi ben noti) della luce solare, è preferibile quella artificiale, come la più agevole ad ottenersi e dirigere nella regione che si deve, e perchè sufficientissima alle esigenze del caso. Mi pare perciò che abbia avuto torto il Voltolini di scrivere così a pag. 112 del suo pregevole libro: «Per ottenere la trasparenza, la luce dev'essere così intensa che i raggi solari diretti non bastano se non sono con-

centrati e riflessi; e dubito anzi che si possa ottenere coi mezzi artificiali, colla lampada Drummont o con la luce elettrica». Trattandosi di un fatto che voi potrete constatare, io mi risparmio qualsiasi polemica, potendo assicurarvi che quanto affermo, è risultato di studii comparativi che ho già fatti, ed anche perchè da quello che segue potrete accorgervi che non ho torto di tenervi un simile linguaggio.

Uno dei punti culminanti, che risponde della riuscita dell'osservazione, è la sede ove bisogna dirigere la luce: se questa è tutta concentrata sulle lamine tiroidee, la trasparenza avrà luogo in proporzione dello spessore di quelle e degli strati che le ricoprono. Onde si trova scritto nei libri che questo processo riesce nelle persone a collo lungo e sottile, mentre invece io posso assicurare che, salvo qualche eccezione, il detto metodo è sempre possibile.

Se noi cangiando via ci proponiamo la illuminazione della trachea, e concentriamo la luce sulla sua porzione extra-toracica, intenderemo come un fascio luminoso piuttosto intenso possa attraversare gli spazii membranosi che esistono tra i varii anelli cartilaginei, e rischiarare in modo sufficiente una regione non piccola della trachea medesima.

Laonde ho dritto a credere che sia proprio la sede di concentrazione della luce, la ragion vera del cattivo successo che ebbe sinora la illuminazione per trasparenza.

Parlo sui generali perocchè gli è della tracheoscopia, e non della laringoscopia che io voglio dire: quella, colla illuminazione per trasparenza riesce a meraviglia; questa, fallisce molte volte.

Fortuna però che non so quanto sia preferibile all'ordinario processo, checchè ne dica il Voltolini, il quale ne fa gran rumore avendo potuto osservare « non solo l'unione del tessuto poliposo » (si trattava di neoplasma delle corde vocali) « ma in modo esatto il suo limite d'impianto ».

Senza dire che molte volte, nei tumori di grande sviluppo che nascondono il punto di loro origine, è la sonda che ci istruisce della sede precisa, a me preme ricordare i fatti nei loro limiti reali e ripetere che se la laringoscopia per trasparenza ha poca importanza, una assai grande ne ha la tracheoscopia. Non è già che per avvalorare la tesi io debba negare di potersi arrivare, con l'ordinario processo, ad ottimi risultamenti per la diagnosi di morbi indovati nella trachea; ma in tal congiuntura io credo che la illuminazione per trasparenza ci arrivi meglio; così come potrete vedere dalla sommaria relazione del caso che mi condusse a questi studii.

Due anni or sono, io fui invitato dal mio egregio collega, il dottore Vittorelli, a vedere un giovanetto a 12 anni, che era in preda ad una grave stenosi delle prime vie del respiro. Lo esame laringoscopico mostrò normale la laringe, ed un ostacolo che esisteva al

di sotto delle corde vocali, ostacolo che io non potetti precisare nella sua natura. La diagnosi razionale era resa difficilissima dai criterii di origine, essendosi la stenosi tracheale svolta da soli 15 giorni e l'individuo non era nè sifilitico, nè tubercoloso, nè c'erano stati traumi o pregresse malattie acute infettive. Di fronte a queste difficoltà, io dovetti far tesoro di una notizia anamnestica, cioè che più di 20 giorni prima, quel giovinetto avea tra i denti un pezzo di legno col quale giuocava, ed in uno scoppio di riso il legno era scomparso. Si noti però che essendo intercorso un periodo di 7 ad 8 giorni tra lo accidente e lo esplodere della stenosi, per accreditare questo giudizio bisognava far delle ipotesi, e cioè che il corpo estraneo penetrato pel senso della sua lunghezza si fosse arrestato trasversalmente nella trachea, e per la sua presenza inducendo graduale tumefazione della mucosa, avesse dato origine ai progressivi sintomi del restringimento. Comunque fosse andata la bisogna, certo è che la indicazione della tracheotomia sorgeva netta, e questa fu praticata con felice esito nell'ospedale degl'Incurabili di Napoli dal prof. Nozzolillo. Qualche tempo dopo il giovane mi venne affidato perchè mi occupassi della cura consecutiva. Mancava ogni notizia di espulsione di corpo estraneo verificatasi dietro il taglio della trachea. Per non dilungarmi in dettagli estranei all'argomento, dirò in breve che durante due anni io tentai quanto era umanamente possibile, e senza mai tirar fuori nulla, malgrado numerose manovre per le vie naturali e la ferita, giunsi non di meno ad assicurarmi che la stenosi poteva dirsi vinta. L'estrema indocilità del paziente mai avevami permesso la tracheoscopia per la ferita. Perchè io mi decidessi a togliere definitivamente la cannula era mestieri assicurarmi, mercè la diretta esplorazione, che niun ostacolo esisteva in trachea, non essendo improbabile che i sintomi funzionali si fossero dileguati per la scomparsa, in massima parte ma non totale, del restringimento, e quel residuo, sotto influenze morbose di lieve conto, non avesse potuto riprodurre la triste scena e reclamare una seconda operazione. L'esame della trachea eseguito per la via della laringe col comune processo (è su questo che insisto) lasciava profondi dubbi; perciocchè la mucosa ispessita ed iperemica non faceva trasparire gli anelli cartilaginei caratteristici al loro aspetto, sì che il concetto della distanza, per la uniformità del colorito, era perduto, ed a me, anzi, sembrava vedere tuttavia una tumefazione al di sotto dell'angolo di commessura.

Pensai allora di eseguire la tracheoscopia nel seguente modo. Far penetrare i raggi luminosi per la ferita, guardare nello specchio applicato al buio nella cavità orale. Saltai dalla gioia quando mi riuscì di osservare un bel triangolo luminoso limitato dalle corde vocali, e che diceva a chiare note essere la trachea interamente pervia. Cre-



deitti quindi che un tal processo poteva raccomandarsi in tutti gl'individui tracheotomizzati, ma ero caduto in inganno, non già sulla verità dell'osservazione, bensì sulla interpretazione. La luce che io pensava penetrata dal foro tracheale, era invece quella che per trasparenza si può lasciar passare in tutti gl'individui, anche non tracheotomizzati, e me ne convinsi io stesso, con due contropruove: 1° dirigendo la luce sui lati del collo; 2° coprendo di taffettas la regione pre-laringea e pre-tracheale, per lo che la luce più non passava.

Questo segnalato servizio non poteva essere da me dimenticato, e son troppo lieto, ora che vi espongo tali mie vedute, di sottomettermi eziandio le principali regole a cui bisogna attenersi, affinché voi stessi giudichiate se davvero ci può essere qualche cosa di utile nel processo che vi raccomando.

La luce anzitutto dev'essere intensa: vuol dire che non basta una lampada ordinaria, ma fa mestieri aumentare il fascio luminoso con qualche mezzo catottrico o diottrico. S'intende benissimo che la luce Drummont, o la combinazione di lenti e riflettori, serve meglio. È indifferente che la luce sia proiettata per via diretta o riflessa; epperò preferisco la prima perchè così l'osservatore è più libero nella esplorazione. La luce, come ho detto, dev'essere mandata più sulla porzione extra-toracica della trachea che sulla pre-laringea; e perchè si mantenga al posto designato, io soglio incaricare un assistente per sorvegliare in modo da mantenere fissa la testa del paziente, ovvero seguire i movimenti del collo, muovendo alla sua volta la sorgente luminosa. Nel caso si faccia uso della luce riflessa, o lo sviluppo della glandola tiroide sui lati ostacoli la perfetta riuscita, e la luce debba a preferenza concentrarsi sulla parte anteriore del collo, l'infermo avrà cura di tenere la lingua in modo che le dita le quali la sostengono siano inclinate lateralmente per non intercettare i raggi luminosi.

Al paziente si danno le medesime istruzioni come per l'ordinaria laringoscopia: la testa indietro, il collo disteso, la mandibola superiore più che si può in alto. Colui che esplora, applica lo specchio secondo le leggi solite, e se, essendo il cavo orale lasciato al buio, ci ha esitanza, basterà una stearica per guidarlo, stearica che si allontanerà non appena lo specchio è in sito. La camera in cui si fa la esplorazione dev'essere perfettamente oscura; così la immagine è più distinta. Si raccomandano le calme e profonde inspirazioni. In taluni individui durante la fonazione non si nota nessun punto luminoso; i tessuti sono spessi in modo da non lasciar trasparire nulla. Non ci ha quindi, come dice il Voltolini, a tirarne per corollario che le corde vocali sono ipertrofiche. In altri, invece, anche durante il ravvicinamento delle corde vocali, la luce giunge a rischiarare

la cavità, ed abbastanza bene da poter riconoscere con esattezza le parti. Ma non appena il soggetto che si esamina inspira, un bel triangolo luminoso, di color rosso-sanguigno appare, sempre che le dimensioni della trachea e della laringe siano le fisiologiche. E se i tessuti sono sottilissimi, come accade nelle donne, le linfatiche soprattutto, la luce che si è fatta strada attraverso gli spazii membranosi della trachea riesce tanto sufficiente, da bene rischiarare la cavità laringea, attraversando i ligamenti tiro-aritenoidei inferiori e superiori, e persino la epiglottide quando è abbassata sull'orifizio laringeo.

Il centro luminoso, però, è sempre nella trachea, ove chi osserva può stupendamente esplorare le pareti per quel tratto che è illuminato, mentre la porzione più bassa si riconosce ad un disco oscuro, quando favorevoli condizioni permettono l'esame.

Naturalmente, s'intravede già che nei casi di stenosi tracheali che han sede in un punto più alto di quello ove si concentra la luce, questa non passerà se non in proporzione dello stringimento, e dalla forma della immagine luminosa acquisteremo una esatta nozione della sede dell'ostacolo. So bene, ed io medesimo innanzi ho ripetuto, che sovente noi questa diagnosi di sede e natura la facciamo mercè l'ordinario processo di laringoscopia: ma non è già che io proponga la tracheoscopia per trasparenza come un surrogato: gli è invece come osservazione complementare che la rimetto in onore, quante volte con l'altro processo non è stato possibile superare una difficoltà, come nel caso mio, che non è certamente unico, e come in molte altre circostanze si potrebbe verificare, in ispecie per processi patologici che s'indovano sulla superficie inferiore delle corde (talune vegetazioni e taluni neoplasmi ad esempio); la paralisi dei crico-aritenoidei postici, complicata o dipendente da stenosi tracheale; i tumori della porzione bassa della trachea, ecc.

Ognuno intende come, quando si fissa la immagine in uno specchio in cui la luce arriva non riflessa dallo stesso, ma direttamente dall'oggetto rischiarato, soprattutto quando esso ha posizione profonda, debbano assai meglio risaltare certi dettagli, ovvero esser solo così possibile una intricata diagnosi.

Nei casi poi nei quali è stata già praticata la tracheotomia, questo processo, senza detronizzare l'altro del Neudörfer, ha un valore non dubbio, ed io sarò assai felice se reso familiare a tutti coloro che maneggiano lo specchio laringoscopico, possa confermarsi che esso ha un reale valore pratico, e forse anche maggiore di quello che ho saputo prevedere in una poco corretta comunicazione, alla quale voi, amici e colleghi egregi, non negherete indulgenza, se ci vorrete scorgere la buona volontà, l'unico stimolo che mi ha spinto a farvela.

*NOTA* -- Trattandosi di cosa che vò diffondeudo nella mia pratica giornaliera, mi permetto aggiungere queste poche parole alla originale comunicazione, per comprovare sempre più quello che ho detto circa il sito ove bisogna dirigere la luce, e che a mente mia, è la cagion vera del poco conto in cui fu tenuta dai laringoscopisti la illuminazione per trasparenza.

In un infermo di cronica laringite, che è tuttora sotto le mie cure, ho potuto constatare che le lamine tiroidee son quelle appunto che non si prestano a far passare i raggi luminosi, osservando distintamente illuminati i seni piriformi a cui la luce (concentrata lateralmente nel collo) arrivava per lo spazio che esiste dietro il bordo posteriore della lamina tiroidea destra.— Anche in lui la porzione sotto-glottica si può stupendamente esplorare.—Utili servigi mi ha reso la tracheoscopia per trasparenza in un caso di sifilide gommosa (v. § XV pag. 107).

## Contribuzione alla Rinoscopia.

(Nota clinica letta innanzi alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nell'adunanza del 30 Maggio 1875).

## SIGNORI PROFESSORI.

La diretta esplorazione del naso costituisce, non altrimenti che quella delle altre cavità del corpo umano, uno dei mezzi diagnostici di maggior perfezione. Sede dell'olfatto, senso in così intimi rapporti con quello del gusto, canale importante a coadiuvare e sostituire le prime vie attraverso cui passa il più vitale alimento, l'aria atmosferica; il naso, che tanta parte tiene nella espressione del volto, benchè conformato a foggia degli organi cavi, è stato messo da natura così all'esterno che un esame diretto non ha potuto non sollecitare la curiosità dei nostri buoni padri. Eppure si ha un bel percorrere l'antica letteratura, ogni pagina è muta! Gli speculi nasali di più vecchia data sono immedesimati ai nomi di Itard, Bonafond, Delaure, che quasi si possono ritenere siccome nostri contemporanei.

Altrettanto ripetono il Follin ed il Duplay nel loro eccellente trattato di patologia interna, imperocchè stabiliscono del pari che per la difficoltà della esplorazione ed i mezzi ancora imperfetti, la letteratura medica è povera, e bisogna arrivare al principio di questo secolo (1804), per trovar qualche cosa.

Coloro che più distesamente parlano della esplorazione del naso dalle narici, o rinoscopia per avanti, sono il Thudicum (1) ed il Wertheim (2); ma non prima del 1868 il primo, e del 1869 il secondo.

L'idea di poter rendere sempre più completo questo esame mercè

---

(1) On some new methods of treating diseases of the nose. (*The Lancet*. — agosto e settembre 1868).

(2) Ueber ein Verfahren zum Zwecke der Besichtigung der vorderen und mittleren Drittheiles der Nasenhöhle (*Wien. med. Woch.* — 1869, numeri 18, 19 e 20)



la esplorazione delle narici posteriori e le tube Eustachiane, pare nondimeno essere occorsa la prima volta a Bozzini, Baumes, Wilde e qualche altro, in un'epoca in cui eguali tentativi si facevano per la esplorazione laringea. Se non che l'applicazione pratica di questo metodo si può dire esser dovuta fuori dubbio al prof. Czermak, e l'arte della rinoscopia data solo da talune notizie da lui pubblicate nell'agosto del 1859 nella *Wiener Medizin. Wochenschrift*.

Vennero poi i lavori del Semeleder (1), del Voltolini (2), dello Störk, del Moura (3), del Mackenzie (4) ecc.

Io non oserò ripetere una descrizione dell'arte rinoscopica innanzi a voi esertissimi; non difenderò o convaliderò le difficoltà che la rinoscopia incontra nei singoli casi; ricorderò solamente nelle favorevoli circostanze l'utile pratico che noi sappiamo trarne, come mezzo diagnostico e curativo di varii processi morbosi, che o restano sconosciuti, ovvero obbligano ad operazioni di maggior gravità. Esprimo solo un voto, quello cioè che la rinoscopia si generalizzi meglio, e così possa cessare la malafede in cui tuttora vivono uomini dottissimi sì, ma troppo mal prevenuti!

Però, se da un canto molte volte lo specchio rinoscopico introdotto dietro il velo con le regole d'uso, ci mette in grado di poter bene studiare tutto quanto d'innormale può svolgersi nelle coane; se la ispezione delle varie cavità nasali è la più facile in vista degli ordinarii istrumenti che corrono per le mani di tutti; le difficoltà che s'incontrano nell'esame della intera lunghezza del setto cartilagineo sono così evidenti che non è chi le ignori.

Ed io che credo col ritrovato di un semplice metodo aver superato questi ostacoli, venni nel divisamento di tenervene parola, non già perchè lusingato dall'idea di ritrarne plauso, ma perchè vi costituiste giudici imparziali; e là ove la cosa sia ovvia ed utile quanto io la penso, la mettiate in pratica voi stessi, clinici valentissimi.

Tanto più che questo processo soddisfa, sebbene in piccolo, ad uno dei più difficili ed importanti problemi che si proponga la scienza, quello della illuminazione delle cavità interne, mettendone a profitto la trasparenza.

Nel giustificare adunque per tal modo lo scopo di questa nota, che è quello di rendere anche più completa la ispezione rinoscopica, io vorrei proporvi di comprendere d'ora innanzi nella voce rinosco-

---

(1) Die Rhinoskopie und ihr Werth für die Aertzliche Praxis. — Lipsia 1862.

(2) Eine Monographische Arbeit zur fünfzigjährigen Jubelfeier der Universität Breslau. — Agosto 1861.

(3) Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Parigi 1865.

(4) The use of the laryngoscope in diseases of the throat; with an appendix on Rhinoscopy. — Londra 1866.

pia (serbandoci fedeli alla origine etimologica), tutti i processi che si propongono la esplorazione della cavità del naso, distinguendo però: 1° l'esame delle narici e della cavità nasale propriamente detta, col metodo antico; 2° quello delle coane col metodo di Czermak; 3° l'ultimo del setto, col processo che andrò ad esporre.

Se, introdotto uno degli ordinarii speculi nasali in una narice, vi si proietta una forte luce, ispezionando la narice opposta si vedrà la cavità di questo lato perfettamente illuminata; e ciò perchè il setto cartilagineo si lascia a meraviglia traversare dai raggi luminosi, precisamente giusta quanto sappiamo dall'anatomia della sua sottigliezza e degli scarsi tessuti che lo tappezzano.

Si è quindi in grado di studiare il colorito della mucosa, i vasi che la percorrono, se ci esistano ispessimenti, ulcerazioni, neoplasmi e via dicendo.

Io fui condotto a caso a queste osservazioni mentre operava di polipo nasale una inferma, e subito intravidi l'importanza che potea acquistare nella pratica. Ho rifatta la prova sopra altri individui, ho comparativamente studiata la luce naturale e l'artificiale, ho modificato il processo., ed eccovi in breve i risultamenti a cui sono pervenuto.

1.° *Luce.* — La luce diffusa non risponde così come quella circoscritta ed artificiale; è mestieri riunire e condensare il più che si possa i raggi luminosi; è così lunga la cavità che assolutamente si richiede che la sorgente luminosa non disti molto dall'individuo che si vuole esplorare.

È preferibile la luce riflessa alla diretta, non solo perchè è bene che tra l'infermo ed il medico non ci siano gli ostacoli che un tavolo ed una lampada indispensabilmente procurano, ma anche perchè uno specchio riflettore facilita la direzione che si vuol dare al fascio luminoso, e limita meglio il punto che vuol essere scoperto. È indispensabile che lo specchio riflettore sia fisso e non portato in fronte, dai denti o dalla mano dell'osservatore, perocchè è necessario che questi esplorasse un punto diverso da quello illuminato; ciò vuol dire che l'asse visuale e quello che segna il cammino dei raggi luminosi non possono stare sulla medesima linea. Ond'è che gli stessi apparecchi illuminanti per la laringoscopia, del To-bold, del Lewin, del Labus, rispondono perfettamente allo scopo.

2.° *Processo.* — L'infermo siede di fronte al medico, l'apparecchio illuminante poggia sopra un tavolo che preferibilmente è situato a destra dell'infermo; la testa leggermente inclinata in dietro. Poichè importa illuminare per trasparenza il setto, sarebbe indifferente che i raggi luminosi lo traversassero da destro a sinistra, o viceversa: però, essendo d'abitudine situata a destra dell'infermo la sorgente luminosa, resterà convenzionale la regola d'introdurre nella

destra cavità nasale e con la mano sinistra lo speculum che occorre. Si avrà cura, ciò fatto, di concentrarvi tutta la luce mercè lo specchio riflettore, e con una piccola leva tenuta con la mano destra, si cercherà scostare la sinistra pinna onde meglio lo sguardo possa penetrare in cavità. Ordinariamente, quando si dispone di intensa sorgente luminosa, questa basta per vedere perfettamente rischiarato il setto e la cavità; ma è altresì preferibile fare in modo che la luce del riflettore non la sfiorasse e facesse così perdere l'effetto della trasparenza, il che agevolmente si ottiene raccomandando allo infermo di accostare alla punta del naso la mano sinistra con le quattro dita (il pollice escluso) spiegate come in atto d'imporre silenzio. Per tal modo s'intercettano quei raggi luminosi, che per avventura potessero cadere sulla narice che si deve esplorare, e che deve restare interamente nell'ombra.

La pratica attuazione di questo metodo è molto ovvia, e forse perchè tale, complica più di quanto in realtà si richiegga, la sua descrizione: ma se per poco si rifletta allo scopo che l'osservatore si propone, quello cioè d'illuminare per trasparenza il setto cartilagineo del naso, questi particolari riusciranno perfino superflui.

Se non che, per l'uso degli ordinarii speculi, sia quello di Itard, Bonafond, Duplay, e molto più di quello pieno del Delaure, succede che la branca che poggia sul setto, è essa stessa un ostacolo a che una porzione dei raggi luminosi vi passi attraverso, e già netto apparisce che è indispensabile lasciare libera e scoperta quella porzione dell'istrumento che vogliamo invece far traversare dalla luce: era quindi mestieri o ritirare l'istrumento fin quasi all'orifizio della narice, il che si farebbe sempre con isvantaggio, ovvero modificarlo, e questo appunto ho fatto.

Lo speculum nasale di cui vi presento la figura (v. fig. 1<sup>a</sup>), mercè il quale ci proponiamo la illuminazione del setto per trasparenza, non differisce gran fatto da quello del Duplay, a voi notissimo, e che è fra tutti preferibile per la gran tolleranza. L'ostacolo è tolto via in virtù di una fenestrazione che a bella posta lasciai costruire dal valente artefice signor Federico Gallo, sulla branca fissa che poggia indifferentemente sul setto.

L'istrumento richiede l'uso di una piccola leva con manico di cui qui pure è dato il disegno (v. fig. 2<sup>a</sup>).

La luce riflessa dalla levigata e mobile parete esterna, traversa liberamente il setto cartilagineo che stabilimmo essere tanto sottile da prestarsi alla trasparenza, e ci mette in grado di studiare con esattezza i non infrequenti processi morbosi che vi possono attecchire.

Uno speculum fenestrato, a forma di forceps, esisteva già, ed è costruito dal Lollini: ma destinato per una esplorazione a luce diffusa, non ci pare poter sostituire il nostro, giusta quanto descri-

venmo, sottraendo tutta la luce che viene magnificamente riflessa dall'altra parete metallica che pensammo di lasciare inalterata.

Fig. 1.

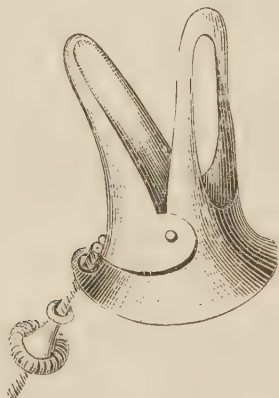


Fig. 2.



È superfluo aggiungere che la fenestrazione offre altresì il vantaggio di permettere bene la medicatura di certe parti che restavano nascoste; ma io desidero far notare che questa modifica, adottata già per l'otoscopio e lo speculum della vagina, fu suggerita da una idea più originale, quella della illuminazione per trasparenza del setto cartilagineo del naso: ed io nel sottomettervene con questa comunicazione i mezzi più acconci, ho creduto soddisfare ad un dovere.



## Una nuova cura dell'ozena.

L'ozena è sempre una fra le non poche malattie contro cui si sperimentarono molti rimedii: si disse molto, poco si scrisse; si cercò di fondare dei metodi, i risultamenti rimasero sterili; e dai più si ritiene tuttora trattarsi di morbo polimorfo, ribelle alla cura, terrore dei medici e dei pazienti.

Oggi, però, la osservazione attenta, arricchita dai mezzi di diretta esplorazione e dal microscopio, getta un raggio d'inattesa luce sopra l'ozena, sì che il concetto patogenico subisce importanti modifiche, e la cura si basa sopra più razionali indicazioni.

Sin ora, in fatti, noi ritenemmo che la voce ozena serviva a denotare un epifenomeno di svariati processi indovati nel naso, i quali aveano di comune un sintoma culminante, l'odore cattivo, e ci affaticammo a schierarci davanti le molteplici alterazioni che n'erano causa, i polipi, le ulcerazioni, la carie delle ossa, il catarro negli individui scrofolosi, sifilitici, i corpi estranei, e tutto ciò che fosse pretesto di un secreto abbondante, guasto, purulento, il quale si annunziava con un odore nauseoso esalato dai miseri infermi fuggiti come peste anche dai meno schifilosi.

Ozena, cioè, voleva dire sempre una malattia costante per sede (il naso), e caratterizzata da un fenomeno costante (l'alito fetido).

Quando, Baginsky e Fraenkel (1) sollevano una rivoluzione, presentando alla *Società Medica di Berlino* e descrivendo casi di ozena laringeo e tracheale. Si tratta, per vero, d'individui giovani, che esalano dalla bocca odor cattivo ed espettorano masse di color verdastro, fetide, poco abbondanti, senza presentare tracce di scrofolo o di sifilide ereditaria, ma un pò di catarro faringeo e tumefazione dei due cornetti inferiori. Al laringoscopio si vede che al di sotto delle corde vocali vere, sulla faccia interna delle cartilagini tiroidee e cricoide, e sulla parete tracheale sono disseminate masse grigio-verdastre, aderenti, le quali si estendono fino all'ottavo o nono anello tracheale. In pari tempo, sulla base della lingua e le tonsille, sulla parete posteriore della faringe, possono trovarsi depositi biancastri

---

(1) Veggasi: *Berlin. klin. Wochens.* N. 37, pag. 537. Anno 1876.

appartenenti a forme di *leptothrix*, e che Baginsky considera come un esempio di micosi benigna della faringe, già notata dal Fraenkel. Al di sotto di queste masse, la mucosa è priva di epitelio, escoriata e facilmente sanguinante.

Il microscopio in questi prodotti patologici discopre quantità di detriti, cellule epiteliali in via di degenerazione grassa, cristalli di tirosina, spore di *leptothrix*.

E perciò a ragione il Baginsky, e chiunque legge ed apprende tutto questo, è tirato a riconoscere l'analogia delle lesioni laringo-tracheali in discorso, con l'ozena nasale. Anzi richiamata appunto la mia attenzione su queste brevi, ma succose notizie, mi parve subito intravedere che il concetto patogenico dell'ozena subiva interessanti modifiche. Perciocchè, bisognava non solo estenderne la denominazione alle dette forme patologiche del tratto laringo-tracheale, ma ritenere altresì che il suo significato veniva ristretto a quelle lesioni che si annunziano con la presenza delle dette masse giallo-verdastre, quasi crostose, fetide e cariche di parassiti.

Ozena quindi non vuol più dire un epifenomeno, ma una malattia ben determinata, possibile, come sin oggi è riconosciuto, in quelle sedi, e che gli studii ulteriori ci diranno se sia vera così come la s'intende dal Baginsky, dal Fraenkel e qualche altro.

Ora io mi son dato il lusso di questo proemio, pria di discorrere della nuova cura dell'ozena, appunto per confessare al benigno lettore l'idea che me la ispirò: idea di fondamenta poco salde, ma che pare riceva una controprova dagli effetti della medicatura; idea che si compendia tutta nella possibile origine dell'ozena da fito-parassiti che allignano ora sulla schneideriana e la mucosa naso-faringea, ora su quella laringo-tracheale. Sò bene che questa teoria, che non è certo la mia e che sebbene taciuta dal Baginsky e dal Fraenkel traspare come la prediletta, potrebbe non reggere agli attacchi di quelli che non riconoscessero, supponiamo, la specificità del fungo o lo vedessero un effetto e non la causa; ma è pur vero che dopo la lettura delle dette osservazioni io la formai spontaneamente quella teorica, la ritenni come assai probabile, e cercai un rimedio contro l'ozena nasale ispirato alla indicazione parassiticida. Mi fermai al *calomelano* e non ebbi a dolermene avendo ricavato splendidi risultamenti, quelli stessi ch'io voglio registrare qui, affinché l'uso se ne diffonda e si abbia dai colleghi l'agio di assicurarsi che non è un rimedio strombazzato a caso, ma avvalorato da successi numerosi e costanti. Non già ch'io predichi la specificità del calomelano nell'ozena, io che in fatto di terapia ho convinzioni che sentono di scetticismo! Ma tengo a far risaltare come da esperienze comparative apparisca chiaro che questa che io chiamo nuova cura dell'ozena (ed in verità non sembra che altri ne abbia prima par-

lato) (1), è sempre foriera di effetti benefici, quali invano si aspetterebbero da altri rimedii: e mi son creduto in dovere di pubblicarla, tanto più che oltre alla scelta dei farmaci, moltissima parte deva avere il modo di applicarli, condizione assai trasgredita da esperti chirurghi, i quali troppo dimentichi di un sano precetto che inculca: « *pas de chirurgie brutale* », si compiacciono nel credere riposta in un cateterismo forzato del naso, seguito dal corteo di una discreta epistassi, la più probabile guarigione dell'ozena! Io non intendo accusare gl'individui, ma condannare il metodo. Noi giovani, a cui il più delle volte gl'infermi si dirigono dopo reiterate prove, noi siamo spesso in favorevoli condizioni per giudicare con esattezza del valore terapeutico di una medela o di un metodo curativo, e quando, per ritornare al caso nostro, facciamo una medicazione che per essere blanda non è priva di effetto, provochiamo allora un lungo cicalio dai clienti i quali ci apprendono che erano stati curati sino a quel momento con troppa violenza, e si sentono confortati da manovre umane, capaci di lasciar loro avvertire i buoni effetti della cura e che li invitano a continuarla.

I processi di Volkman (2) e di Rouge (3) sono applicabili ai casi di profonde lesioni delle ossa: soltanto in così gravi condizioni, per le quali gl'infermi, ripudiati dalla società, reclamano una cura energica, si può dire che costituiscano una operazione « *semplice e facile* », ma non sono la cura dell'ozena, e malgrado la *semplicità* e la *facilità*, il Rouge lamenta qualche perdita e gravi emorragie.

Lasciamo da canto codeste lesioni che possono dipendere da più cause: per quanto di sopra è detto, non possiamo ritenere col Rouge che « è impossibile l'ozena senza lesione delle parti dure del

---

(1) Prevengo un appunto col dichiarare che se qualche autore, a me sfuggito, abbia proposto o previsto l'uso di questo farmaco nella cura dell'ozena, nessuno, e sempre per quanto io sappia, ne ha confermato i vantaggi pratici.

(2) Raschiamento della cavità nasale a mezzo d'un cucchiaino tagliente per togliere tutti i bitorzoli, le granulazioni fungose e le ossa ammalate, e trasformare la cavità in una superficie di piaga relativamente semplice — in seguito, causticazioni col nitrato di argento ed ovatta fenicata — (Veggasi: *il Movim. Med. Chir.* Anno VIII. Marzo 1876. N. 6 e 7).

(3) L'infermo è in letto, cloroformizzato. Inclinando la testa a destra, si solleva in alto il labbro superiore, poi s'incide la mucosa del solco gengivolabiale del primo piccolo molare a sinistra; incisi tutti i tessuti, si arriva alla spina nasale anteriore, ed allora si distacca alla sua base il setto; si può così introdurre il dito nel naso ed esplorare le fosse nasali. Se fosse necessario, si può aprire una via ancora più larga staccando le cartilagini delle pinne nasali alla loro inserzione mascellare. Così è possibile estrarre dei sequestri, raschiare le ossa, cauterizzare le fungosità. — (Veggasi: *Movim. Med. Chir.* Anno V. Gennaio 1874. N. 30).

naso, distruzione delle ossa e delle cartilagini ». — Una lunga esperienza ci ha dimostrato che il cattivo odore può unicamente tenere all'ozena così come lo intendono Baginsky e Fraenkel, e senza negare le lesioni profonde delle ossa, gli è alla cura di questa forma dell'ozena, annunziato dalle esposte note anatomiche, che vogliamo portare una contribuzione con la presente nota.

Tralasciando la lunga enumerazione dei varii rimedii proposti (tra i quali il permanganato di potassa, l'acido fenico, il creosoto, il jodo si disputano la palma), perchè non è questo lo scopo del nostro lavoro; ed accennato al punto di partenza che ci suggerì il calomelano, ci piace ora abbozzare tutta la medicatura e le indicazioni che devono regolarla.

La cura dell'ozena nasale deve proporsi tre indicazioni: dilatazione delle vie stenosate — lavamento della parte e disinfezione — medicatura modificante locale.

1.º *Dilatazione delle vie stenosate.* — È fuori dubbio che talune volte (1) la considerevole ipertrofia della mucosa, la presenza di bernoccoli sulla stessa, innormali aderenze, croste spesse e tenaci, restringono le vie nasali, in modo da rendere difficile la respirazione e favorire il ristagno di quelli essudati che riescono a perennare lo stimolo. In tal caso, vuoi per ridonare agl'infermi la libera respirazione, vuoi per ridurre la mucosa ipertrofica e sbarazzarla da quelle masse fetide, la dilatazione graduale diventa necessaria.

Io son di credere che la dilatazione dev'essere effettuata col massimo garbo; bisogna, cioè, scegliere candelette cedevoli (le francesi, di gomma, come si usano per l'uretra, sono da preferirsi), ed introdurle senza forzare molto, affine di evitare qualunque stimolo anormale. È anche utile spalmarle di glicerina e borace (glicerina grammi 10 — borace grammi 3), vuoi per facilitarne la introduzione, vuoi per aggiungere l'azione topica di un rimedio che come il borace compendia due virtù, l'astringente e la parassitica.

I cateteri di metallo introdotti con violenza, sono invece piuttosto dannosi, e tanto posso assicurare per aver sempre raccolto lagnanze da infermi che ne aveano fatto precedentemente uso: insisto quindi perchè siano del tutto banditi. Con poca pratica i pazienti imparano ad applicare le candelette da loro stessi, e dopo breve tempo non tarda a seguirne il desiderato effetto. Dico in ultimo, che la dilatazione può avere la sua speciale indicazione, ma non è uno degli elementi indispensabili alla cura.

---

(1) Io dico a bella posta *talune volte*, stantechè in altre condizioni si può verificare dilatazione delle narici per una particolare forma del catarro, quello secco che i tedeschi chiamano *rareficirender, trockner Katarrh*.



2.<sup>o</sup> *Lavamento della parte e disinfezione.* — Ecco uno dei punti culminanti. Lavare la località vuol dire togliere in massima parte o per intero gli essudati accumulati, ed a prescindere dalla soluzione a prescegliersi, la semplice lavanda risponde al principale scopo di sbarazzare le vie dalla materia peccaminosa che esala cattivo odore. Si ha inoltre il vantaggio di mettere allo scoperto la mucosa e medicarla di poi direttamente. Convento che l'acqua fredda più che giovare, nuoce, perchè il fatto lo svela, ed ognuno intende essere ottima idea aggiungere all'acqua qualche sostanza medicinale atta a modificare la superficie ammalata, ovvero qualche disinfettante. Dopo avere usato il permanganato di potassa, le soluzioni fenicate, il cloruro di sodio, il solfato di allumina, il percloruro di ferro, le acque minerali ed emostatiche, io mi sono fermato alla soluzione salicilica.

L'acido salicilico però dev'essere disciolto in assai tenui proporzioni, senza di che stimola troppo e non vien tollerato. Questa non è una esagerazione, ma una verità che si può da ognuno controllare. Mi servo sempre di una soluzione così fatta: acido salicilico grammo uno — acqua distillata grammi 500. E poichè bisogna, come ripeterò appresso, essere rigorosi nell'uso delle iniezioni, allo scopo di aver sempre pronta la detta soluzione, ho pregato il mio ottimo amico e distinto chimico, il Prof. F. Arena, di prepararne una titolata. In una bottiglia della capacità di 300 grammi di acqua distillata, egli ha sciolto esattamente, secondo le regole dell'arte, 30 grammi di acido salicilico, e così la soluzione non si altera nemmeno per lungo andar di tempo. Basta diluire 10 grammi di questo liquido (che è gratamente profumato) in mezzo litro di acqua, per avere la lavanda bastevole per un giorno (1).

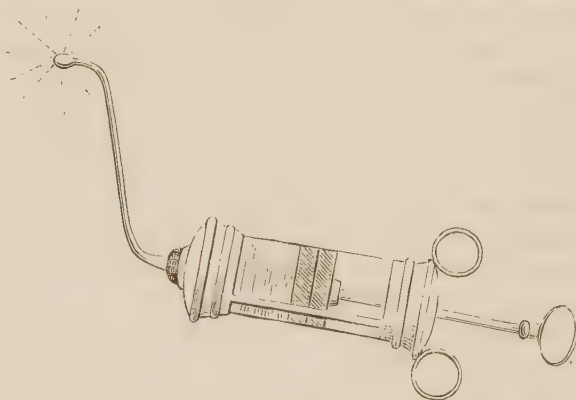
Gli effetti sono più che soddisfacenti, perchè io ho potuto accorgermi che l'acido salicilico oltre all'essere un energico disinfettante, possiede azione astringente abbastanza spiccata la quale si argomenta dal pallore che guadagna la mucosa quando se ne prolunghi l'uso (2).

(1) Siccome certi individui tengono a mantenere il segreto della loro infermità, talora anche verso persone di casa, il Prof. Arena ha colorata e profumata la detta soluzione in modo da potersi scambiare con una delle migliori acque da toletta.

(2) Aggiungo a questo proposito che il mio amico, l'egregio dott. Morea, mentre verbalmente mi confermava gli ottimi effetti di detta soluzione, mi assicurava averne, nella sua pratica, tirato vantaggio contro le epistassi: e questo, a mente mia, non tanto per la virtù astringente (che però non è di prima forza), quanto per le grandi modificazioni che succedono nel tessuto della mucosa ch'è sede del catarro specifico, molte volte cagione della epistassi. — Rendo anche pubbliche grazie al chiaro collega, il dott. L. Panc, che avendo sperimentato su vasta scala codesta soluzione salicilica, me ne confermava a voce, e con entusiasmo gli ottimi successi.

Un altro farmaco chiamato a guadagnarsi un posto elevato nella cura dell'ozena, forse quanto l'acido salicilico, pare sia il *cloralio*. Dico *pare*, non avendolo io sperimentato per timore di ottenere meno di ciò che guadagnava con la solita medicatura. Il cloralio contro l'ozena è stato proposto da Creques, sempre per l'analogia di azione, avendolo Mandneau e Dujardin-Beaumetz (1) sperimentato in casi di ulcerazioni e piaghe in altre parti del corpo; Ferrini lo aveva applicato alla differite, ed io ebbi l'agio di constatarne la efficacia in moltissimi casi del genere. Sicchè sull'azione disinfettante locale, in teoria ed in pratica, c'è poco da discutere. La soluzione di Creques è fatta con 2 grammi di cloralio idrato in 250 grammi d'acqua distillata.

Non basta lavare la parte, è mestieri lavarla bene, e sul modo dirò ancora poche parole.



Oltre alle docce di Weber e di Politzer, all'irrigatore di Creques per il cloralio (2), io uso eziandio la siringa retro-faringea del Fauvel (3).

(1) Veggasi: *Lo Sperimentale* — Firenze — Luglio 1878 — Rivista di Terapeutica.

(2) Creques in un vaso che contiene la soluzione cloralata, fa pescare l'estremo di un tubo di caoutchouc, e posto il vaso al di sopra della testa dell'infermo in istato di estensione, introduce l'altro capo del tubo nelle narici: il liquido allora, come da un sifone, scorre nella interna superficie delle fosse nasali.

(3) Non c'è che il Mathieu il quale la fabbrica a Parigi, e credo il Baldinelli di Milano a cui presentai l'istrumento e che se ne invaghì. Dietro richieste, però, ne fabbrica delle bellissime il valente artefice, signor Federico Gallo (via Museo — Napoli).

Consta di un tubo di cristallo alto circa sette centimetri, della sezione di un pezzo da un soldo, entro il quale, come si rileva dalla figura nella pagina precedente, scorre uno stantuffo che si spinge e ritira mercè un'asta che termina con un anello; di lato, all'estremo inferiore del corpo della tromba, ci sono due altri anelli nei quali si introducono l'indice ed il medio, e servono a tenere l'istrumento quando il pollice, immesso nell'anello dell'asta, spinge lo stantuffo.

All'estremo superiore del tubo si avvita una piccola cannula di argento la quale presenta una doppia curvatura; quella vicino alla tromba, necessaria per darle direzione orizzontale; quella più lontana (estremo libero che guarda in alto) perchè sia rivolta verso la porzione nasale della faringe e che s'introduce dietro il velo pendolo. L'estremo libero termina in una pallina grande quanto un pisello, forata sottilmente per tutta la superficie, da cui spiccia fuori il liquido compresso, in tutte le direzioni.

Impugnata la siringa carica pei suoi anelli, se ne immette, con leggiero movimento da sotto in sopra, la punta rotonda dietro il velo e si spinge rapidamente lo stantuffo.

Il liquido rigurgita, per così dire, per le narici, trascinando via gli essudati, se non certamente in una volta, in più tempi. La manovra dev'essere praticata da mano esperta; ed il chirurgo avrà cura di raccomandare al paziente di abbassare la testa subito finita la iniezione, nello scopo di facilitare la discesa del liquido dalle narici ed impedire quella per la faringe, cosa che provocherebbe tosse e nausea. Quando la iniezione si fa rapidamente e senza sforzo, la tolleranza è perfetta, e goccia di liquido non scappa giù, sì per la forza impulsiva dello stantuffo, sì per la contrazione del velo che si avvicina alla parete faringea.

La iniezione devesi ripetere ogni giorno, anzi, a rigor di termine, bisognerebbe praticarla due volte al dì; ma poichè non tutti avrebbero l'agio e la voglia di dirigersi così spesso al Chirurgo, si può lasciar praticare la seconda iniezione (quella della sera) dallo stesso paziente, con la doccia del Weber, che è il migliore irrigatore, e che andrà preferito alle ordinarie siringhe a pera.

Le lavande, ed in generale la cura, debbono esser prolungate anche per un pezzo dopo che la guarigione sembra assicurata; giacchè per poco che la sia incompleta, il processo tende a recidivare.

3.<sup>o</sup> *Medicatura modificante locale.*— Mi piace qui, prima della scelta dei farmaci, discutere sulla forma migliore. Ebbene io affermo recisamente che le polveri, sì perchè capaci di restare più lungo tempo in contatto delle parti, sì perchè più facili a distribuirsi sulla intera superficie ammalata, giungendo in punti lontani, debbono avere

il primato su tutte le pennellature ed i tanti bacilli inventati più allo scopo di far chiasso, che di una reale utilità. Aggiungasi la maggiore tolleranza, stante che perfino i più delicati pennelli di vajo solleticano così la mucosa da ispirare avversione ai più docili. La polvere sparsa sulla mucosa agisce inoltre a mò di rivestimento artificiale, protegge le parti, e vi aderisce tanto che non di rado sopra punti limitati la si rinviene dopo un elasso di molte ore.

Ho sperimentato il tannino, l'allume, il bismuto, soli o combinati tra loro, con o senza morfina, e debbo confessare che non riescono superiori al *calometano*, che adopero mescolato a parte doppia o tripla di zucchero sottilmente polverato.

Messa la polvere in uno degli ordinarii insufflatori, di Rauchfuss o di Pivetta (le modifiche sinora apportate hanno guastato, e non migliorato questi ingegnosi istrumenti), sulla guida dello *speculum nasi*, si ha cura di spingerla poco per volta su tutta la mucosa: lo speculo è necessario non solo per esser certi che si capitò sul punto leso, ma anche per dilatare la cavità e permettere alla polvere di arrivare dappertutto. Basta praticare la insufflazione una volta al giorno, con l'avvertenza di continuarla, come dissi per il lavamento, anche qualche tempo dopo la guarigione.

Dall'agosto dell'anno decorso sin oggi, io ho attuato questo metodo sopra buon numero d'infermi di ozena nasale, e la maggior parte raggiunse la completa guarigione. La quale se non fu costante in tutti indistintamente, vuolsi spiegare in vista della poca esattezza con cui gl'infermi seguirono il trattamento, o forza maggiore che li allontanò da Napoli. Ed anche da costoro mi veniva denunziato un miglioramento quale mai prima aveano raggiunto.

Avrei il dovere di presentare una statistica in appoggio, e lo farei volentieri se non temessi di stancare il lettore con una infalzata di nomi ai quali dovrebbe far coda la stessa e monotona fenomenologia. Mi sia permesso invece riferire in compendio le notizie più culminanti.

Gl'infermi di ozena nasale che io curai col suddetto metodo, erano per lo più individui giovani, da 8 a 24 anni; più donne che uomini. Individui linfatici o scrofolosi, sicchè non di rado dalle guancie pienotte e rubiconde di bellissime fanciulle, dall'atletico sviluppo scheletrico, a stento si sarebbe sospettata la malattia; soggetti di elevata e di bassa nascita.

La malattia esordì quasi sempre con forma insidiosa, e non di rado furono le persone di famiglia le prime ad accorgersi di due fatti: l'alito fetido, dapprima e la difficoltà di respirare durante il sonno, dopo (produzione di un rumore russante).

L'odore cattivo era più o meno spiccato, più o meno rilevabile a distanza; assai nauseoso certe fiate, ed avvertito dai pazienti medesimi in eccezionali casi.



L'esame obiettivo mostrava le masse caratteristiche dell'ozena, con il loro aspetto bianco sporco o grigio-verdastro, aride, dense, tenaci, disseminate sopra superficie più o meno estesa, costantemente sui turbinati e la parte alta delle coane. La mucosa sottostante avea aspetto rosso-fosco, vinoso; l'epitelio era sfaldato: in qualche punto si notavano ispessimenti parziali che rilevavano dalla mucosa a mò di noduli e sui quali si addensava talfiata l'essudato. All'orifizio delle pinne talora si notavano croste spesse, scure, copiose al punto da occluderlo. In qualche caso epistassi, ottusità dell'olfatto, cefalea, e le note della faringite granulosa, impetiginoida, concomitanza o coefferimento dell'ozena nasale.

In tutti i soggetti un'altra cura era stata già tentata, ed io ebbi così il campo di studiare che non solo gl'infermi non se ne lodavano, ma gli essudati erano sempre copiosi, l'alito sempre fetido e la mucosa presentava ancora le note di una profonda lesione di nutrizione, persistendo il brutto colore, gli sfaldamenti, i bernoccoli.

Gli effetti della medicazione che io metteva in atto (soluzione salicilica — calomelano) erano per contrario portentosi. Senza esagerare si può dire che dopo poche sedute il cattivo odore scomparire, e gli essudati densi, tenaci, verdastri, cominciano a farsi per gradi sempre, e sempre più scorrevoli e tendenti al bianco, onde soffiando appena il paziente, arriva a distaccarli. Tal'è il primo indizio di un benefico effetto.

Poscia comincia la diminuzione dell'essudato, anch'essa graduale fino ad un termine minimo: termine che poi si mantiene stazionario per qualche pezzo. Ed è questo il periodo abbastanza fastidioso e che reclama tutta la pazienza del curante e dello infermo, non solo perchè bisogna insistere nella via tracciata, ma anche perchè si potrà convalidare la cura topica con una generale, atta a migliorare le condizioni dell'intero organismo, e ristabilire la vitalità in tessuti in preda a torpore funzionale per un processo grave che vi allignò.

Sarei davvero lietissimo se i miei colleghi si dessero la pena di sperimentare sui loro infermi questo metodo, avendo io la coscienza di suggerire loro qualche cosa di veramente utile nella pratica; e chiudo la presente comunicazione col ripetere:

1° che per le odierne vedute scientifiche, alla voce ozena bisogna, per bene intendersi, aggiungere il qualificativo di *nasale*, *laringeo* o *tracheale*, essendo dimostrata ad evidenza la possibilità di una sede varia e non unica, come erroneamente fu sin ad oggi ritenuto:

2° che contro l'*ozena nasale* più dei metodi violenti, vale una medicatura ispirata alla indicazione disinfettante e parassitocida:

3° che tra i rimedii della classe, la soluzione di acido salicilico e la polvere di calomelano meritano la preferenza, siccome quelli che riescono a *curare* la malattia come nessun altro rimedio ha saputo fare sinora.

(Estratto dal *Morgagni* — Fascicolo di settembre e ottobre 1878).

## XXVII.

### Intorno alla cura della difterite.

LETTERA AL PROFESSORE GIULIO LEPIDI-CHIOTI.

*Mio Egregio Amico.*

Ho letto con vivo interesse la nota clinica da voi recentemente pubblicata nel *Morgagni*, e che riguarda il giudizio critico che portate sulla cura Lolli nella difterite. Or mentre io rimango sinceramente compiaciuto della esposizione di talune vostre idee intorno all'indole del morbo, ed alle quali faccio piena adesione, non saprei far passare senza il beneficio dell'inventario i corollarii terapeutici che ne desumete: ond'è che nell'idea di portare, per quanto sia debole, un contributo alla terapia dell'angina difterica, mi permetto sottomettervi qualche osservazione.

Sebbene nei giorni che corrono la utilità della Statistica sia da tutti riconosciuta e valutata, noi non possiamo, per quanto concerne la difterite, ricavare da questo dato conclusioni precise, giacchè avremmo bisogno di certi termini di paragone che non è possibile ottenere: bisogna quindi, come voi ben dite, tener presente che quando una epidemia volge alla fine, mostra tendenza a render men feroci gli attacchi: e poi, aggiungo io, pensare a che la distribuzione dei casi gravi e miti si possa fare in modo così bizzarro, che mentre Tizio, il quale ne ebbe in cura 100, ne perdette appena 2, Cajo per contrario, che ne vide solamente 50, finì per lamentare la perdita di 20, 30 e forse più infermi.

In tal caso una statistica complessiva potrebbe fornire dati più precisi, ma è cosa di difficile attuazione nei grandi centri, più agevole se si tratti di borgate o piccoli paesi. In compruova di quanto dico non avrete che a dare uno sguardo alla casuistica che pubblicai nel mio lavoretto intorno alla cura dell'angina difterica (1); or bene, mentre io isolatamente riferiva il 18 per 010 di perdita, in complesso, con le osservazioni di altri colleghi, la cifra di mortalità scendeva ad 8 per 010, e si noti che le erano osservazioni raccolte

---

(1) Napoli 1872 — 3ª Edizione.

nello stesso luogo, qui in Napoli e quasi contemporaneamente. Questo fatto medesimo (la varia distribuzione dei casi gravi) ne spiega altresì la fede che si pone in tale o tal'altro metodo curativo, dappoichè ordinariamente si giudica dal risultato finale: non è quindi a meravigliare se perfino da taluno si è messo a stampa, che ottimo mezzo curativo contro la difterite era l'applicazione di vescicanti sulle braccia, nella pia intenzione di vedere su quella artificiale soluzione di continuo, riprodotta la falsa membrana!

Nè c'è da ridere, mio buono amico, perchè sentite che cosa ci dice l'autore. « Questo metodo infine è avvalorato dai fatti ed è sanzionato dalla esperienza, tanto che sulla eloquente cifra di mille « e più ammalati di difterite, nei diversi villaggi di C. . . e fuori, « appena venti ne sono periti ».

Avrete un bel predicare che ammessa la verità in tutto questo, si ebbe veramente a trattare con forme miti a segno da vincere perfino quanto di male artificialmente procurava il medico, o che si ebbe a fare con tutt'altra cosa che la difterite! Per questo autore, nè il vostro nitrato d'argento, nè l'acido fenico valgono un bello e grosso vescicanté!

Se insisto su questo punto, lo faccio a bella posta per convincervi che vi seguo perfettamente in quel sano scetticismo terapeutico a cui siete informato—che sebbene mi sia mostrato fautore di un metodo speciale, non lo proclamai infallibile—che neppure io soglio giudicare dal *post hoc*—e che ritengo con voi siccome un processo gravissimo la difterite, incurabile nelle sue manifestazioni tossiche, capace di cedere a trattamenti varii (purchè non siano nocivi) od anche spontaneamente (1), quando riveste forme più semplici e miti. Ma se dopo queste considerazioni, voi ed io ci facciamo a discutere sul valore terapeutico dei molti farmaci proposti, noi non potremo arrivare che ad una sola ed identica conseguenza logica: l'indifferentismo! Il corollario della vostra nota: « miglior mezzo locale restano i caustici » mi pare non poter reggere, perchè non è in accordo con le vostre premesse, nè col senno pratico e le severe dottrine che ampiamente lasciate trasparire.

L'*empirismo*? Ma a che più vale se perfino la cifra statistica ci rode del tarlo del dubbio intorno alla veracità delle osservazioni od alla loro gravezza? Il *razionalismo*? Permettetemi dunque la digressione e vedrete che pur dividendo con voi, se non il concetto patogenico, quello clinico e pratico della difterite, io arrivo a conclusioni differenti dalle vostre, se non più esatte, meno imputabili.

Comincio dal dichiararvi lealmente che ritengo la difterite un

(1) Nel mio citato lavoro sono registrati 5 casi di guarigione spontanea.



processo primitivamente infettivo; la località una pura manifestazione sintomatica; i *parassiti* del Jodin e dell'Oërtl produzioni accidentali.

Ciò per ragioni cliniche che credo positive quanto il reperto microscopico, al quale, pure aggiustando fede, nego la importanza capitale che altri accorda: non vi dimando, nè vi do altre spiegazioni in proposito, perchè non ignoro che entrambe le opinioni vantano fautori di merito non dubbio, nè questo argomento forma lo scopo della mia lettera. Non crediate del resto che voglia far servire il concetto patogenico alla indicazione terapeutica: ho premessa una tale dichiarazione per essere consono a me stesso, e passo a combattere l'uso dei caustici nella difterite, accettando per un momento insieme a voi la teoria parassitaria.

Se Areteo non avesse fin dai suoi tempi proposto l'azotato di argento contro l'angina gangrenosa, che si è visto rispondere alla nostra difterica, e se la fosse una malattia recentemente comparsa nel campo clinico, studiata nè più nè meno di quanto di presente lo sia, accettando perfettamente l'idea di un focolajo locale (con successiva invasione nel generale), noi diremmo come diciamo della tigna, della sicosi, del mughetto e di altre, che la indicazione dev'essere la *parassitocida*. Non voglio qui discutere se in pratica ci siano agenti che si possano veramente dire parassitocidi: fin dove e come si eserciti la loro virtù; ma affermo solo che il campo delle nostre investigazioni sarebbe tutto circoscritto alla chinina, al sublimato, all'acido carbolico, allo zolfo e via dicendo: ovvero le nostre congetture avrebbero potuto spingersi fino ad asportare interamente il focolajo locale (tonsillotomia), così come in Francia pensarono e misero in pratica taluni. Voi, mio caro Lepidi, che non volete giungere fino a tanto, nè ritentare questa pratica per quanto razionale, infelice nei suoi risultamenti, voi limitate la vostra indicazione a distruggere il fomite locale, « producendo un'escara sul tessuto » e causticate fino a che « non sia trovato un altro rimedio veramente utile ». In verità resto compiaciuto della riserva con cui accettate il caustico, mentre dalla maggior parte di coloro che ne fecero ampio uso, si pretendeva, mio Dio, tutt'altro! Che so, arrestare il morbo, far cessare la febbre, prevenire, e tante altre cose, gridando il *crucifige* a chi non *focava*! Voi, magari vi sforzate a rendere razionale l'uso del caustico, attribuendogli un potere che se non è reale, non è un errore madornale in teoria. Sarebbe però, mio buon amico, gran ventura per la scienza nostra se si potesse stabilire il principio che un focolajo locale, provocato da parassiti, possa venire distrutto producendo un'escara sul tessuto: allora noi potremmo indirettamente proclamare parassitocida per eccellenza il caustico, potendo sostituire sempre alla medicazione specifica quella che è capace

di produrre un'escara! Or come questa possa tutto distruggere il focolajo locale, io non so intendere, e nella difterite più che in altro morbo; anzi fin dal 1871 negai questa virtù ai caustici, levando alta la voce contro una pratica che in Germania pure vidi e seppi severamente condannata.

Il caustico, se si applica sulla falsa membrana già bella e formata, è medicazione efimera od inerte: giacchè nè ha potere di distregare la falsa membrana, nè la riduce, nè può facilitarne il distacco, proteggendo l'essudato medesimo il tessuto su cui s'impianta: coagulata invece la poca albumina, ne deriva una patina biancastra, più tenera e più brillante; e quando preparandosi una novella essudazione, la preformata si staccherà una agli strati epiteliali degenerati (lavorio necessario, normale di questa flogosi specifica), voi avrete a notare per nulla modificata quella pseudo-membrana, se già in sito, cominciato il distacco, la non si avviava alla necrosi.

Se invece avrete avuto cura di staccare l'essudato (cosa non facile sempre nè ammirevole) e vi proponete cauterizzare il tessuto su cui la placca era impiantata, io posso garentirvi (perchè ne vidi moltissimi casi) che, anche agendo con tutta cautela, i fenomeni di reazione flogistica non mancano mai. Potrei citarvi innumerevoli fatti a cui ho assistito come semplice spettatore (1), se voi stesso non foste informato che per produrre appunto flogosi artificiali con essudazioni cruppose, in Germania in ispecie, si suole agire sulle mucose con l'ammoniaca od il lapis infernale. Ma anche i fautori della cauterizzazione, se spregiudicati, possono far fede di quanto vi asserisco: poche ore dopo la operazione, le tonsille ed i linfatici limitrofi del collo si tumefanno notevolmente, la disfagia e l'ambascia crescono, i tessuti sembrano più arrossiti e tumidi. Ora io non sò di quanto vantaggio sia codesto aumento dei fenomeni flogistici, anzi temo che da un lato non si faccia che aumentare la essudazione e dall'altro fornire alle spore il terreno di sviluppo, e quindi il loro prolungamento insino ai linfatici prossimi, cagione più diretta, secondo i sostenitori della teoria parassitaria, della generale infezione. Che se poco nocchia ai fatti generali, il caustico è sempre un mezzo valevole ad aggravare i fatti locali. Ricordo a tal proposito un caso molto istruttivo, che gentilmente mi presentò il mio amico dott. A. de Cunzio. Si trattava di un bambino che aveva avuto la scarlattina e le forme di un'angina difterica secondaria

---

(1) Non ho mai registrato i casi in cui non ho potuto attuare un metodo di cura costante e regolare, nè ho mai assunto responsabilità di sorta in infermi di difterite cauterizzati da altri medici: ecco perchè non troveransi neppure in seguito cifre colossali d'ammalati. *Non numerandae sed perpendendae observationes!* Mi è sempre sembrato questo un ottimo consiglio.

che suole accompagnarla: ambo le tonsille erano state sede del male, ma quella di destra prima e la sinistra dopo. Vi anticipo che i fenomeni furono egualmente gravi nei due lati, e forse più intensi a sinistra.

Un medico, che avea preceduto il De Cunzo, avea più volte cauterizzato col lapis infernale la sola amigdala destra.

Subentrato il mio amico trovò la diffusione a sinistra e si contentò di fare detersioni con acqua di calce e laschissime soluzioni alcooliche di acido fenico. Fui io pure invitato dal collega per assistere allo strano contrasto che per un puro caso presentavano le due metà della gola di quel ragazzo: la tonsilla destra (quella cauterizzata) era quasi tutta cangiata in una poltiglia necrotica, fetida. i linfatici retro-cervicali flogosati e suppurati. La tonsilla sinistra (la più umanamente trattata) era già bella e ridotta nel suo volume, nè presentava traccia di gangrena o flogosi postume.

Questo sì che mi pare un termine di paragone esatto, e se ci fosse stato concesso seguire una identica pratica in più di un caso, allora forse la questione si potrebbe dire definitiva; se pure, non volendo malignare e perdurare in uno infruttuoso scetticismo, non saremmo tirati a vedere nel fatto, non già l'azione del rimedio, ma la localizzazione più o meno intensa del processo.

Per me preferisco invece la dubbia virtù parassiticida dell'alcool solo o fenicato (che resta però sempre un ottimo disinfettante), ed anzichè pretendere di distruggere con un'escara il focolajo locale (ciò che non sembra possibile), mi contento di una più modesta aspirazione, quella di disciogliere l'essudato con rimedii che godono di tale proprietà e non nuocciono per nulla (acqua di calce, acido lattico ecc.). Quindi, riconoscendo insieme a voi la impotenza di mezzi pronti e sicuri, la gravezza del morbo che si chiama difterite, mi ispirò alla idea più razionale (anche seguace qual sono della teoria della infezione primitiva) di disinfettare la località, cercando ovviare all'auto-infezione. disciogliere il prodotto neo-formato, tentare la morte del parassita che, parte accessoria o principale, può sostenere benissimo i fatti locali. Sotto questo punto di vista giustifico ciò che già scrissi nell'annuale mio rendiconto clinico dell'anno decorso, cioè che i caustici nella difterite riescono *irrazionali* in teoria, decisamente *dannosi* in pratica.

Ora ho un debito, quello di mostrarvi come dalle esperienze di *rari* scrittori, di *molti* pratici e dalle mie, possano tirarsi conclusioni se non *decisive*, interamente contrarie a quelle che ci date nella vostra nota.

Il Waldenburg di Berlino, nella sua classica istituzione di terapia respiratoria, combatte l'uso dei caustici, anzi dice di averli usati per il tempo trascorso, ma di essersi ora ricreduto; e quando io,

inferendo tra noi la difterite, avversato dalla maggioranza e talvolta calunniato, non avendo a chi rivolgermi, dimandando l'altrui autorità, non cessava dal consultarlo, egli mi scriveva: « Die Aetzungen mit Argentum nitricum bei der Diphteritis habe ich niemals « nützlich, oft sogar entschieden schädlich gefunden (1) ».

Il Wertheimer, che il Ridola ha splendidamente tradotto, insiste in egual modo per bandire i caustici, e come il precedente autore, preferisce l'acqua di calce, l'alcool, l'acido fenico.

Ed il Vogel: « da due anni ho tralasciato ogni cauterizzazione delle « fauci, e mi sono convinto in più centinaia di casi della giustezza di « questo procedere ».

Küchenmeister, Biermer, Kempter, Baumler, Rothe, ecc., proponendo chi l'alcool, chi l'acido fenico (2), chi l'acqua di calce, si allontanano sempre dalla medicazione caustica.

Se i confini di una lettera lo permettessero, dovrei ora citare ciò che si è fatto in Italia contro la medicazione che voi dite meritare il primato: concedetemi solo di ricordare in breve come molti nostri colleghi, medici condotti sparsi per il Regno, costretti a lottare con epidemie in piccoli centri, forse più gravi di quelle che si siano sviluppate nelle grandi città, si dichiararono poco soddisfatti dei caustici, e rivolsero la loro attenzione chi all'alcool, chi all'acido fenico, chi alla tintura di tabacco, chi a quella di valeriana: e dai loro rendiconti pubblicati in Giornali politici e scientifici, nonchè in separate monografie, si vede scendere la mortalità dal 25 al 10 ed anche all'8 per 100.

Io medesimo, riunendo le varie osservazioni occorse, pubblicate in epoche successive, potrei presentarvi la cifra di 111 casi con 99 guarigioni, e richiamare l'attenzione sui risultati della cura Lolli che voi avete per un tempo abbracciata.

Sento anche il dovere di aggiungere che il dott. D. Franco in un suo erudito lavoro « sulla difterite » (v. lo Sperimentale — Gennaio 1872), giudicato dai redattori di quel periodico il migliore che sia comparso, assai felicemente combatte in sintesi i caustici, facendo risaltare come non ci possa essere esitazione tra un sistema che può nuocere ed uno che, se non attivissimo, non farà mai del male.

Compenso al lavoro del mio erudito Collega ed al mio furono le conclusioni riportate negli atti accademici della Società Medico-Fi-

---

(1) (*Trad.*). « Non ho mai trovato utili nella difterite le causticazioni con il nitrato di argento, anzi spesso decisamente dannose »

(2) Il Rothe (di Altenburg) si serve dell'acido fenico in unione con lo spirito di vino, ma sostiene che questo miscuglio non agisce come caustico, bensì come mezzo valevole ad impedire la infezione settica, ed io stesso raccomandando molto diluita questa soluzione.



sica di Firenze (v. lo Sperimentale—Marzo 1873), la quale proponeva varii quesiti intorno alla triste epidemia, e risolveva nel seguente modo quello relativo a terapia « ..... ammettere la utilità « della cura locale, all'oggetto appunto di modificare le membrane « e favorirne il distacco, e di modificare anche la superficie malata, senza che sia per ciò necessario ricorrere alla cauterizzazione che sembra aver fallito nelle mani della maggior parte dei « medici ».

Non è dunque per mero lusso che ho tirata giù tutta d'un fiato una filastrocca di citazioni, ma per meglio dimostrare come le conclusioni terapeutiche che voi ci date intorno alla difterite, non concordano coi risultati pratici, nè mi pare armonizzino con i dati teorici: padronissimo, mio caro Lepidi, di ostinarvi a causticare: nessuno potrà imporvi la opinione contraria: il vostro torto sta nell'asserire troppo dogmaticamente il primato che hanno i caustici; or mentre dall'un canto vi mostrate solerte nello studio letterario, voi trascurate dall'altro tutto quanto non faccia al caso vostro, e voi sapete che per spianarsi interamente la via, bisogna tor di mezzo anche i piccoli ciottoli che potrebbero cagionare talora il più serio impaccio.

Cosa ho io raccolto intanto dopo quattro anni (1) di assiduo studio in riguardo alla cura della difterite? Il vostro *ultimatum*: il sentir dire che l'alcool e l'acqua di calce vanno così, come un mezzo termine nelle forme dubbie o miti! Ma questo linguaggio non istà in bocca vostra, perchè, da attento clinico qual siete, non potrete disconvenire che un pronostico della difterite non esiste, e che sarebbe sconvenevole baloccarsi in una malattia che da un momento all'altro può rivestire la forma la più grave!

Chiamatelo questo, come che vi aggrada, un risentimento o meno, gli era un bisogno che sentiva io di dichiararvi che aborro i caustici nella difterite quanto o più che il vescicante, e che son rimasto dolente nel saper partigiano voi del loro uso, voi che del morbo in questione avete un concetto altamente pratico, e che onorate la scienza come ben pochi sanno fare.

Credetemi pieno di stima

Vostro devotissimo  
**Ferdinando Massei.**

(Estratto dal *Morgagni* — Fascicolo di luglio 1874).

---

(1) Scriveva queste cose nel 1874.

## Tre casi di asma guariti col trattamento pneumatico.

Intorno all' *aeroterapia* furono pubblicate nel *Morgagni* due belle riviste per cura dell'egregio Prof. Giulio Lepidi-Chioti (1); e cenni sugli apparecchi pneumatici, le loro applicazioni in pratica, le svariate indicazioni, videro pure la luce nello *Sperimentale* di Firenze (2). Più recentemente il dott. A. Valenti in una splendida traduzione dal tedesco non ha mancato di farci note queste ultime conquiste scientifiche (3). Malgrado tutte queste notizie condite dalle più lusinghiere promesse e tali da compendiare in pochi termini tutto quanto è risaputo intorno a tale soggetto, il metodo pneumatico rimase lettera morta. A Napoli un egregio gentiluomo, asmatico da lunga pezza, fece costruire per proprio conto un apparecchio del genere, dal quale trasse qualche vantaggio: nel nostro Ospedale degl'Incurabili un altro simile fu costruito all'uopo.

Sin dall'anno decorso, nello Stabilimento Idroterapico del Cavaliere Spasiano, fu messo su un apparecchio pneumatico, col quale insieme al dott. De Cunzo, feci le prime medicazioni. I casi avuti alla osservazione furono scarsi; i risultamenti mediocri (4), ciò che

(1) Anno XVII, 1875, fascicoli X (ottobre, pag. 758) e XII (dicembre, pag. 917).

(2) Anno XXX 1876. *Rivista Critica*. Sulla cura pneumatica nelle malattie pulmonari e cardiache del dott. Enea Casorati, tom. XXXVII giugno, pag. 640 e tom. XXXVII, agosto, pag. 195.

(3) La cura delle inalazioni nelle malattie dei polmoni, della trachea e dei bronchi per il dott. Guglielmo Brügelmann. Opuscolo tradotto, con note ed osservazioni, dal dott. Antonio Valenti, 1877. È un prezioso lavoro che raccomandando caldamente alla generalità. Permetterà solo l'egregio traduttore che io rettifichi la frase del suo proemio in cui dice che « in Italia si mancava di un manuale che potesse servire di scorta nell'applicazione di questo metodo di cura », dappoichè io sin dal 1873 pubblicai nello *Sperimentale*, e poscia feci ristampare a parte, un lavoro sulla importanza delle inalazioni nelle malattie delle vie respiratorie, il quale se non regge al paragone con quello del Brügelmann, è certamente di data anteriore.

(4) Il chiariss. Prof. Giuseppe Biondi fu uno dei primi a dirigermi un infermo di asma inveterato per cronico catarro bronchiale ed enfisema. Nel tributargli pubblicamente le dovute grazie, vorrei pregarlo che tenesse conto delle poche considerazioni seguenti le quali spiegano i poco favorevoli effetti che si raggiunsero. L'infermo in questione però era desioso di farsi costruire per proprio conto un apparecchio: ignoro se l'abbia fatto.

con l'ulteriore studio mi è sembrato doversi addebitare ad un'arbitraria modifica del Baldinelli di Milano (da cui si acquistò l'apparecchio) e per cui alla maschera era sostituita una boccheruola; onde non solo tutte le vie nasali restavano fuori dell'ambito medicamentoso, ma tanto nelle ispirazioni che nelle espirazioni non veniva eliminata la forza aspiratrice ed espulsiva del cavo orale e delle sue pareti, fatto al quale bisogna rivolgere massima attenzione, soprattutto nella pneumatometria.

Ora il mio collega, il dott. De Cunzio, che è rimasto solo a dirigere il gabinetto dopo che io dovevo occuparmi del mio, ha adottato anch'egli le maschere, e mi assicura che i casi sono cresciuti e gli effetti divengono soddisfacentissimi. Anche il dott. Morra è fornito di un apparecchio pneumatico, ed io ne possiedo uno che ritirai originalmente da Berlino, che per costruzione è fuori dubbio superiore a quelli di Milano.

Tanti gabinetti però non hanno fruttato tale una statistica mercè la quale noi altri d'Italia avessimo potuto dire: il metodo pneumatico vale in questa od in quest'altra infermità, ovvero non può far concepire lusinghiere speranze: per la quale ragione anzichè attendere ulteriormente il tempo necessario per raccogliere molte osservazioni, ho preferito cominciare la pubblicazione dei casi più interessanti, allinchè siano di sprone agli altri colleghi e li decidano a sperimentare e controllare essi medesimi quanto si è scritto (1). Da parte mia nutro ferma convinzione che col tempo sarà fatta giustizia, e l'aeroterapia guadagnerà il posto che le spetta: ma è necessario, lo ripeto, toccarne con mano gli effetti e rompere l'inerzia alla quale tuttora ci abbandoniamo.

Lo scopo che mi propongo, ognun lo vede, è assai modesto: così non avrò bisogno di sprecare molta fatica; tanto più che nei cenati lavori ci ha (meno qualche inesattezza) una minuta nozione sul modo di funzionare dell'apparecchio, e parmi che la migliore descrizione sia quella fatta non già a vuoto, bensì tenendo sott'occhi l'oggetto che si vuol studiare. Gli effetti fisiologici; le indicazioni della respirazione di aria compressa o rarefatta; la scelta di un apparec-

---

(1) Quando io penso al favore col quale l'aeroterapia fu introdotta in Francia (paese che assai difficilmente accoglie i trovati che non siano di casa) ed alla diffusione che gli apparecchi pneumatici del Waldenburg ebbero in molti Stabilimenti, i quali ne trassero grande vantaggio pecuniario e fornirono statistiche ricche e confortanti, non posso non meravigliarmi del come noi altri, meno riservati e propensi a bruciare incensi innanzi a tutto ciò che senta di Germanico, dovessimo poi trascurare le cose più utili e di sperimentata efficacia.

chio; son cose ben discusse nei citati articoli (1), se già la classica opera del Waldenburg (2) non valesse a togliere qualsiasi dubbio a chiunque avesse vaghezza di più precisi dettagli.

Seguendo, come ho in mente di fare, una via opposta, e presentando i casi più salienti, la curiosità sarà di certo eccitata: e quando ogni medico avrà, come il dovrebbe, presso di sé un apparecchio pneumatico, e ne avrà potuto guardare gli effetti, allora sì che cesserà la sistematica opposizione e quelle levate di spalle che darebbero tanto ai nervi, se non fossero indizio d'ignoranza.

Comincio dunque dalla più splendida osservazione che io possegga, quella cioè di un asma annoso interamente debellato.

Il sig. Gennaro Guida, distinto avvocato napoletano, di anni 37, robusto, padre di numerosa prole, di temperamento nervoso, non ebbe mai malattie contemplabili fino al 1867; quando fu incolto da perniciosa complicata a bronchite e laringismo. Da quel momento rimase in lui una grande suscettibilità della mucosa bronchiale alle cagioni reumatizzanti. Nel 1873 dietro il grave dolore che ebbe a patire per la perdita del suo genitore, fu preso da accesso asmatico, grave, ma di non lunga durata. L'accesso si ripetette a capo di pochi giorni, e d'allora sino al dicembre p. p. quand'io lo vedevo, ritornava monotono e terribile con un intervallo di soli 8-10 giorni.

Io non ricordo averne veduto di più lunghi e gravi: in mezzo ad esacerbazioni e remissioni, senza però che mai cessasse lo stato dispnoico, il nostro infermo restava per 18-22 ore immobile, appoggiato curvo ad un tavolo, pallido e talora cianotico, col volto che esprimeva l'ambascia, cosparso di freddo sudore, cogli occhi sporgenti: chiedeva soccorsi e di tratto in tratto emetteva lamentevoli grida.

Questi accessi non cedevano a nessun rimedio; dai più razionali ai più empirici ei li avea tutti passati a rassegna (3), e forse un leggiero immegliamento ottenuto una volta, invano si aspettava ripetendone l'amministrazione.

(1) E che io ho compendiate nella mia prelezione al corso di Laringoscopia e terapia locale dei morbi respiratorii dell'anno in corso. V. il Giornale Internazionale delle Scienze Mediche, redatto dal dott. Franco, anno I. N. 2 e 3.

(2) *Die pneumatische Behandlung der Respiration und Circulationskrankheiten*. Berlino 1875. -- Io non so perchè questo libro, preziosissimo per la scienza e la pratica, non sia stato tradotto; mentre un tale onore vien tanto facilmente largito ad opere che se non inutili, si leggono al certo con minore interesse.

(3) La sola cosa che io mi proponeva di tentare era la iniezione ipodermica di qualche sale di morfina: il trattamento pneumatico la mise fuori misura



Ma se l'accesso era così desolante, la intermittenza non era al certo lusinghiera. Il paziente si sentiva sovente oppresso, e la notte era mestieri dormisse semiseduto e con le braccia fuori le coltri, ciò che facilitava in lui i catarri bronchiali, i quali tuttochè miti, erano novello pretesto all'asma.

La osservazione degli organi toracici avea, a molti distinti Professori napoletani ed a me stesso, dato identici risultamenti, e tutti di accordo si riteneva trattarsi di asma per cronico catarro bronchiale ed enfisema pulmonare. Lo stato del cuore e dei grossi tronchi arteriali era soddisfacente (1).

Il signor Guida nei primi giorni di gennaio cominciava la cura pneumatica.

Al pneumatometro (2) io ottenni le seguenti cifre: forza inspiratrice 30 mm.: forza espiratrice 45; il che a chiare note mostrava come i due atti fossero indeboliti, onde era mestieri mettere a profitto la doppia ginnastica, inspirazioni di aria compressa (pel catarro bronchiale), espirazioni in aria rarefatta (per l'enfisema), cosa che era in perfetto accordo con la diagnosi obbiettiva.

---

(1) Mi risparmiò la citazione dei noti segni dell'enfisema e del catarro, facili a rilevarsi anche dai meno esperti -- mi piace solo notare come l'enfisema era specchiatissimo.

(2) Il migliore pneumatometro è quello del Waldenburg. Consiste in un tubo di vetro piegato ad U e fissato sopra una base di legno. Il tubo è aperto ai suoi due estremi, ed ogni branca verticale è lunga circa 270 mm. — il diametro è di 8-9 mm. Una delle branche termina svasata e si ricopre di velo per impedire il deposito di polviscolo nel mercurio — l'altra finisce in alto orizzontalmente e vi si adatta un lungo tubo di caoutchouc, il quale permette che al suo estremo si possa fissare la maschera attraverso cui si inspira. Questo tubo ad U poggia sopra una tavoletta che porta una scala millimetrica — nella metà della sua altezza ci ha il 0, che rappresenta il punto indifferente (*Nullpunkt*), cosicchè il mercurio che viene introdotto fino al suo livello, con le varie oscillazioni in alto ed in basso, secondo gli atti respiratorii, lascia leggere allo sperimentatore il vario grado di forza di ciascuno di questi, nozione che poi si utilizza nella cura. Questo prezioso strumento, semplice, economico, eloquente, è indispensabile non solo a chiunque abbia un apparecchio pneumatico, ma a mente mia, anche al medico policlinico: tanto più che per una esatta valutazione dei risultati basta un breve esercizio. Rimando ad ogni modo il lettore, per questo, alla citata opera del Waldenburg, ove è consacrata una buona parte alla pneumatometria — e mi piace solo ricordare che questi esperimenti debbono essere condotti con la maschera a preferenza; che tra la inspirazione e la espirazione deve correre una breve pausa; che la prova deve ripetersi, e la espirazione e la inspirazione non debbono essere superficiali, nè forzate, ma lentamente e gradualmente progressive. Le cifre medie sono: 60-90 mm. di pressione negativa per la inspirazione, e 70-100 mm. di pressione positiva per la espirazione — perchè da numerose osservazioni risulta appunto che la pressione espirativa è maggiore di quella dell'atto inspiratorio.

E questo appunto io feci, aumentando per gradi la intensità positiva o negativa della pressione e la durata della ginnastica.

I benefici effetti non tardarono a mostrarsi: l'asma non comparve più dopo 8-10 giorni, ma un accesso, intenso però come i precedenti, si ebbe dopo circa 40 giorni; un altro, breve tempo dopo, cioè a capo di 12 giorni (provocato però da catarro e patemi), ed a partire da quel punto sin oggi che scrivo, cioè dopo circa 4 mesi, nessun altro accesso si è avuto. Al pneumotometro l'infermo mostra di aver guadagnato molto, perchè la forza inspiratrice è rappresentata da 46 mm., e la espiratrice da 60, ed in corrispondenza di tutto ciò il mormorio vescicolare si avverte perfettamente, e lungo le linee parasternali la percussione ha perduto il tono timpanico, sì che si rileva facilmente la normale mattezza cardiaca.

In questo periodo di tempo il sig. Guida non avvertì altro che sensi di oppressione internamente, la quale si dileguava non sì tosto si recava presso di me a praticare le inspirazioni di aria compressa; questa, in date circostanze, ha sembrato proprio troncare l'accesso.

Le medicazioni furono fatte con grande esattezza in principio, meno diligentemente a misura che si avea dritto a sperare nella guarigione, e se ora il mio cliente non ha ancora abbandonata la cura pneumatica, ciò devesi attribuire ad una cautela per vincere l'intercorrente senso di oppressione, ed alla fiducia che il metodo si è guadagnato nell'animo suo.

Ecco ora le altre due istorie:

Il sig. M. Giuseppe, Calabrese, si presenta nel Gabinetto del Chiatamone che io dirigo coadiuvato dall'egregio collega, il dott. P. Masucci (1), addì 17 maggio 1879. È un individuo robusto, intorno ai 50, di bassa taglia ma muscoluto. Racconta che sin da 16 anni dietro fu preso da asma il quale da 7 anni in qua si era notevolmente aggravato. Gli accessi notturni, che si prolungavano per 12-18 ore e forse più, ricorrevano ogni 7 od 8 giorni. Tranne questo, nulla di notevole aveva sofferto.

L'infermo anche negl'intervalli ha respiro corto ed ansante. Il torace offre tipo di respiro addominale; il diametro antero-posteriore è aumentato, la escursione costale debole. Ai margini, lungo le linee parasternali, la sonorità alla percussione è esagerata, la mattezza cardiaca a stento rilevabile. Posteriormente si odono ronchi diffusi e qualche rantolo umido. L'esame pneumatometrico dà i seguenti risultati: forza espiratrice 10 mm.; forza inspiratrice 30 mm.

Che l'asma si ripettesse da cronico catarro dei bronchi ed enfisema

---

(1) A cui rendo pubbliche grazie per la redazione della Statistica del movimento di quella Sezione, da cui ho rilevato questi casi.

pulmonare sussecutivo, era molto sicuro in questo caso, ed i segni chiari, facili a rilevarsi non lasciavano alcun dubbio sulla diagnosi. L'esame pneumatometrico poi la confermava in singolar modo, constatando una debolezza nei due atti e suggerendo, come nella prima storia, la più classica indicazione, espirazioni in aria rarefatta (avverso l'enfisema), inspirazioni di aria compressa (contro il catarro bronchiale). L'infermo fece soltanto nove sedute, e poi non si lasciò più vedere, ma sin dalle prime si mostrava immensamente soddisfatto, e verso le ultime lo era tanto, che si riteneva del tutto guarito, non avendo più avuto nè accessi, nè accenni.

Su questo, per altro, or ora ritorneremo.

L'altra osservazione si riferisce al signor Basilio de S., di Rocca-Piemonte (Salerno), il quale cominciò il trattamento il 12 novembre. È un giovane intorno ai 20 anni, gracile, anemico, sofferente da un paio di anni accessi asmatici che si aumentavano sotto le minime influenze atmosferiche, ma che ricorrevano quasi costantemente ogni notte. Sparuto dall'aspetto, ansante, egli fa sospettare una tisi pulmonare: l'esame toracico però rivela le note classiche dell'enfisema e di un lieve catarro bronchiale, con qualche rantolo mucoso appena, ma niuna traccia di lesioni pulmonari di carattere differente. Al laringoscopio si osserva notevole rossore della faringe, diffuso alla laringe. Oltre alla medicatura locale (astringenti), gli si consiglia la cura pneumatica (sola aria compressa in principio, e poi espirazioni in aria rarefatta). Dopo 30 sedute l'infermo volontariamente abbandonò la cura perchè si riteneva del tutto guarito.

*Considerazioni.* — È necessario fermarci alquanto su questi risultamenti, perchè avvezzo come sono a non farmi delle illusioni, non vorrei mettere a livello della *Canabis Indica* il trattamento pneumatico. È fuori proposito agitare la questione sulla essenzialità di un asma nervoso; io ci credo perfettamente ed avrei ragioni da vendere. Checchè dica il Berkardt; in omaggio a Laennec, Williams, Longet, Volkmann, la maggior parte dei patologi appoggia la teoria dello spasmo dei muscoli bronchiali indipendente da qualsiasi alterazione.

Ma nei casi di cui si ragiona, le note classiche del catarro bronchiale e dell'enfisema non potevano mettere in discussione l'asma nervoso. Come dunque 9 medicature una fiata, e 30 un'altra, hanno guarito lesioni così gravi e ribelli? No — io non ho la voglia di sostenere uno sproposito così grosso — e perciò non oserei affermare che i signori M. e de S. siano del tutto guariti. Dico invece che nel primo il trattamento pneumatico ha vinto l'elemento nervoso, nel secondo ha modificato il catarro. Favorendo la ventilazione pulmonare, l'aria compressa e rarefatta han ridestata la sopita elasticità, e l'acido carbonico che stagnava negli alveoli ha avuto agio

maggiore ad eliminarsi: così si venne a sottrarre dal contatto delle pareti vasali un gas che accumulato può rendere benissimo conto dello esplodere di un accesso asmatico, come lo fa per quelli di spasmo glottico nelle stenosi della laringe da qualunque causa muovano.

Per ottenere un'azione ischemizzante o deflussionante della mucosa respiratoria, per ristabilire entro limiti possibili la iper-distensione enfisematica (principali effetti della cura pneumatica), era mestieri, come nel caso primo, un trattamento assai più lungo, e non già contentarsi di immegliamenti palliativi tuttochè pronti e solenni. E certamente maggiori guarentigie avrà il de S. che non il Sig. M. il quale si contentò dopo 9 sedute appena di una migliona che si può dire apparente.

Praticamente parlando però, questi risultati hanno del meraviglioso, e poichè non v'è giorno che non si rinnovino, per colui che ha le mani nella pasta, c'è da pensare a qualche cosa di più certo che alla accidentale influenza benefica di una iniezione ipodermica di morfina, o di una delle tante *cigarettes* in voga.

Il trattamento pneumatico promette molto, e spesso mantiene le sue promesse; non è una *panacea*, non è sempre l'acqua sul fuoco, ma i medici che si rispettano, alla lobelia, al lichene, al bromuro, ai resinosi, devono preferire una droga più sicura, l'*aeroterapia*.

Ora se questi brevi cenni potranno riuscire di sprone ai meno creduli, io sarò lieto di avervi contribuito, e sarò anche più felice se con una statistica potrò presentare in prosieguo casi di maggiore interesse, ma non meno fortunati (1).

---

(1) Il primo di questi casi fu pubblicato nel *Morgagni* (fascicoli di agosto e settembre 1877); gli altri due nella *Scuola Medica Napoletana* (fascicolo di maggio 1880).



## Un caso di emottisi curato colle espirazioni nell'aria compressa.

LETTERA AL DOTTOR C. FORLANINI.

*Egregio Signor Collega.*

Io ho sempre portata opinione che il racconto fedele e spregiudicato dei casi clinici, sia tributo d'incontestata utilità per la scienza, e son di credere tuttavia che solo con questo mezzo il trattamento pneumatico, il quale ora subisce in Italia le vicende di tutte le cose nuove, finirà per guadagnarsi un posto elevato in terapia.

Oggi si dà gratuitamente dell'*impostore* e dello *speculatore* a chi coltiva aeroterapia: domani (ne metto pegno) l'aeroterapista sarà accolto da *galantuomo* nel mondo medico! Ci attaccano, voi lo vedete, da un lato falso; quei pochi che coltiviamo codesta branca in Italia ci conosciamo abbastanza, e sentiamo nella nostra coscienza anche senza il bisogno di gonfiarci molto, che la *speculazione* la metteremmo da banda, e l'*impostura* detestammo sempre, noi che a preferenza comprendiamo l'altezza della missione a cui è chiamato il medico.

Mi fo lecito parlare in *plurale* perchè, sebbene sotto modestissime forme, io fui uno dei primi in Napoli a sperimentare gli apparecchi trasportabili, e fui io che fornii la prima memorietta del Waldenburg col relativo disegno, quando un noto gentiluomo fece costruire per proprio conto un apparecchio del genere.

A questi chiari di luna, l'abbozzato reclamo non sarà certo accusato di plagio! Tengo nondimeno a dichiarare che dopo aver letto e studiato il libro del Waldenburg, il quale a preferenza degli altri è principalmente diretto a popolarizzare l'aeroterapia, io ne divenni sostenitore ad oltranza, e fui certamente compensato da pochi sì, ma non dubbii successi, quali si erano invano aspettati da tante e tante medicine.

Ora, per tornare donde incominciai (ed ella vorrà bene scusarmi l'incidente che involontariamente sollevai), io con non poca soddisfazione sono a darle conto di un interessante caso in cui misi a profitto le espirazioni in aria compressa, da lei per il primo caldeggiate, e messe in mostra di grande utilità con le belle conside-

razioni esposte in varii numeri del suo dotto periodico (1). Ella ha già molto e ben detto per dimostrare che le espirazioni nell'aria compressa erano state abbandonate senza veruna applicazione; nè io, nè altri prima di me, nè lo stesso Waldenburg, le aveva messe a profitto. E pure valgono un tesoro: per rendere a lei, egregio collega, un giusto omaggio; alla scienza un piccolo tributo; ai compagni la occasione di sperimentare eziandio quest'altro esercizio, mi son deciso a dirle in poche parole, perchè, e come io, ispirato alle indicazioni da lei così limpidamente formulate, misi in atto le espirazioni in aria compressa.

Nel gennaio p. p., da un distinto oculista della città mi venne diretta una giovane romana (A. S.) di anni 25, cameriera, maritata, la quale soffriva di lieve raucedine.

Di ottima conformazione scheletrica, ma anemica e dimagrata, non presentò al laringoscopio se non se le note di un intenso catarro. All'ascoltazione, invece, mi accorsi ch'ella era affetta da grave bronco-alveolite dell'apice sinistro, e seppi poscia dall'inferma che in realtà ella avea da un pezzo tosse ed affanno, che era andata soggetta ad emottisi e febricitava talvolta, e che già da altri medici era stata riconosciuta la lesione polmonare.

Allora, con un certo garbo io le feci intendere che il catarro laringeo non meritava una cura locale (tranne la raucedine nessun fenomeno urgente la reclamava), ed era mestieri continuare l'uso dei tonici e di qualche balsamico.

Il giorno seguente, malgrado le mie raccomandazioni in contrario, la vidi ricomparire nel mio gabinetto, in preda ad emottisi che durava da parecchie ore. — Le consigliai di guardare il letto, astenersi financo dal parlare, e prescrissi forti dosi di acido gallico e di ergotina.

L'indomani la cameriera, malgrado il mio divieto, ritornò a me, sempre in preda alla broncorragia, se non copiosa, imponente perchè ribelle. — Prescrissi acetato di piombo; — ma eccoti nel terzo dì, di nuovo, in casa mia la inferma che sputava tuttora sangue.

Se potessi indagare le cause della persistenza della emorragia, dovrei certamente piazzare in prima linea lo strapazzo che l'inferma si dava, ed allora non sarebbe da mettere tutta a conto degli emostatici da me usati la inefficacia! Ma io voglio insistere a dire che queste droghe non fruttarono punto, per dimostrare che malgrado lo strapazzo e l'ostinatezza dell'inferma ci fu un altro agente che seppe domare la emottisi, voglio dire le espirazioni nell'aria com-

(1) Si allude a quello appunto in cui fu inserita la presente lettera (v. l'ultima pagina).

pressa che mi feci a sperimentare ripromettendomene poco (viste le speciali condizioni del caso), ma dispostissimo a studiarne gli effetti comparativi; ebbene, io medesimo ne rimasi meravigliato: il successo fu così pronto da non poterne invocare una mera accidentalità. Aggiungasi la perfetta tolleranza, la poca fatica, e si vedrà che nel caso in discorso le espirazioni nell'aria compressa furono l'*acqua sul fuoco*.

Mi avvalsi di debolissima compressione; il solo peso del cilindro in prima, e poi non aggiunti che 1-2 chilogrammi. — L'inferma fece codesto esercizio una volta al giorno, stando seduta (era già abbastanza debole), prima un sol cilindro e poi due, e malgrado così poca cosa, sin dalla prima fiata il sangue scomparve. Non fece in tutto che otto sedute, dopo le quali riprese il solito trattamento.

Per me, lo ripeto, questo caso è dei più salienti e così concludente da accreditare esso solo il metodo da lei propugnato. Indovino quindi che le pubblicazioni da lei promesse sul proposito saranno di grandissimo interesse; e se in tutta furia e fretta io mi son fatto lecito spedirle questo scarabocchio, l'è unicamente perchè, se lo crede, faccia suo il caso che le ho narrato, ritenendo che ho inteso tributarle in tal guisa un voto di meritato plauso.

Ond'è che per restare nei limiti di un semplice resoconto mi fermo qui e non faccio apprezzazioni: non so tacere però che ho potuto convincermi della verità di tre cose che ella ha fatto risaltare per mettere in onore le espirazioni in aria compressa, cioè:

- 1.° Che l'esercizio in questione non indusse mai stanchezza;
- 2.° Che l'inferma imparò immediatamente la ginnastica;
- 3.° Che ricordandosi (come ho fatto io) di altri casi nei quali si sono sperimentate le *inspirazioni* di aria compressa, un osservatore spregiudicato deve convincersi che le *espirazioni* nell'aria compressa in casi di broncorragia meritano la preferenza perchè « mettono meno a cimento l'anelasticità e la fragilità di un polmone ammalato ».

Mi creda intanto

Affezionatissimo suo  
**Ferdinando Massei.**

(Estratto dalla *Rivista d'Aero-e Climatoterapia* — Fascicolo di gennaio 1879).

## Corpo estraneo nel bronco destro — Espulsione.

La storia della penetrazione dei corpi estranei nelle vie del respiro è così interessante dal punto di vista della diagnosi e della terapia, che accrescerne le illustrazioni è tributo utile alla pratica ed alla scienza: questa che io presento, è una relazione intorno ad un nocciuolo di ciligia, mobile nella cavità del grosso bronco di destra e nella trachea.

La sera del 17 maggio dell'anno 1876, fui di urgenza chiamato per un bambino che si diceva in preda ad imminente soffocazione. Mi si condusse in un'ampia camera a pian terreno nel monistero di S. Andrea delle Dame, ove in mezzo ad una folla di donnicciuole e la sterminata merce di una *Zagarelleria*, riconobbi un letto nel quale stava semiseduto un bambino a 6 anni (Castelli Enrico), linfatico, piagnoloso, ma in una calma abbastanza soddisfacente.

Non appena tentai appressarmi all'infermuccio, scoppiarono grida d'inferno, e pianti, e minacce . . . ed era quella muliebre masnada la quale non voleva che io *operassi*! Cercai sedare quegli spiriti agitati infondendo loro la convinzione che io dovevo dapprima cercare di sapere di che si trattasse, e che questa esplorazione era innocentissima, siccome la intenzione che la dettava. Quando ecco tra la folla farsi strada un tale che si annunzia per medico e crede mettere la calma gridando « . . . *ma vediamo che sa fare!* » Allora tra il dolce e l'amaro io lo pregai di mettermi a giorno dei fatti e palesarmi la sua diagnosi a cui avrei fatto seguire la mia. Ed eccoti quegli che con volto tra il serio e lo sprezzante, secco secco mi dice: « *qui si tratta di una laringite* ». Dimandato allora il debito permesso, mi detti ad una sommaria osservazione, chè mi sentiva proprio il ticchio di render pan per focaccia al sedicente collega, di forme non molto cortesi!

Al tatto la termogenesi mi parve alquanto elevata: il polso era un pò frequente, ansante il respiro, ma non c'era stridore di sorta che accennasse a stenosi delle prime vie. La voce normale. Il sintoma culminante era una tosse molesta, sonora, abbajante, secca. quella tosse in una parola che in pratica sogliamo dire cruppale per alludere poi a tutt'altro processo che il crup. L'ascoltazione rivelava, posteriormente, là ove corrisponde il grosso bronco di destra,



un forte russo e qualche sibilo—la percussione era buona, negativi i fenomeni relativi agli altri sistemi. Senza le notizie anamnestiche dunque, non si avrebbe potuto affatto intendere donde partiva l'allarme, quale fosse il pericolo. Ed ecco ciò che la famiglia raccontava: accessi intercorrenti di soffocazione, con stridore laringeo, i quali esplodevano segnatamente di notte: il bambino diveniva cianotico: la sua fisionomia esprimeva l'angoscia, si credeva che stesse lì lì per soffocare. Tutto questo dal giorno 4 di maggio (prima il Castelli stava benone), dopo che a caso aveva ingojato un nocciuolo di ciliegia da lui stesso convertito in un fischietto, come usano i monelli qui tra noi. Da quell'istante sopraggiunsero la tosse e gli accessi di spasmo glottico, chè per tali io li ritenni. Cosiffatte notizie, brevi ma positive, la intermittenza del fenomeno, i segni di un catarro bronchiale troppo limitato per metterli in nesso con un fatto catarrale, m'imposero a segno che malgrado quell'esame sommario io emisi, senza esitazione, il seguente giudizio: *corpo estraneo mobile nel grosso bronco destro e nella trachea.*

Non starò ora a ripetere la impressione che ne ricevette il sedicente medico: strettosi nelle spalle si accordò meco a somministrare un carico infuso di ipecacuana, e dare allo infermo una *posizione* che meglio favorisse la espulsione del supposto corpo estraneo.

Pure la mia diagnosi, ritornandovi sopra, avea molti lati di verità. Il nocciuolo di ciliegia era scomparso dalla bocca del piccolo paziente, e subito dopo era venuta in campo la triste scena: ecco un primo fatto certo. Poteva però essere stato mandato giù nello stomaco, ma c'era la coincidenza degli accidenti insorti, ed il credere ad una complicità (volendo ritenere che si trattasse di un laringismo, ad esempio) era una stiracchiatura, soprattutto quando si pensi che quella non è l'età in cui più d'ordinario si osserva lo spasmo glottico, e mancava ogni segno riferibile ad una laringite (laringite stridula).

Crederci ad un catarro bronchiale tanto circoscritto, era un errore del pari, sì per la limitazione dei ronchi, che per gli altri fenomeni, gravi in paragone di quelli di un catarro lievissimo.

Il corpo estraneo poi, supposto che esistesse, doveva esser mobile: solo così si potevano spiegare gli accessi di soffocazione, perocchè bisognava ammettere che la colonna d'aria espirata spingesse di frequente il nocciuolo contro le labbra glottiche, e quivi pervenuto in una direzione tale da non essere possibile la eliminazione, sorgessero i fenomeni della laringo-stenosi. Doveva probabilmente muoversi pure nella cavità del bronco destro, perchè era nella regione corrispondente a questo che si udivano i ronchi, ed anche perchè è risaputo che le sue dimensioni, maggiori del sinistro, lo rendono sede prediletta dei corpi estranei nel tratto respiratorio.

La ipecacuana avea perciò la sua indicazione: eccitando i movimenti di espettorazione o la emesi, aumentava le probabilità che una volta o l'altra il corpo estraneo superasse gli ostacoli che le corde vocali opponevano, prendendo per mera casualità, un'altra direzione.

È risaputo quanta importanza abbia la *posizione*: ecco perchè raccomandai che di tratto in tratto, il più spesso possibile, si adagiasse prono nel letto il paziente, e gli si battessero colla mano sul dorso, dei colpetti.

Dopo queste ingiunzioni partii, contento di aver ristabilita la pace ma soffocando entro di me un pensiero, che non poteva non presentarsi alla mente, la tracheotomia cioè, se i fatti si aggravassero al punto da rendere minaccioso lo spasmo glottico. È superfluo giustificare la indicazione di questo mezzo, essendo a comune conoscenza che l'ostacolo più serio alla eliminazione dei corpi estranei delle vie aeree è fatto dalle corde vocali, le quali reagiscono con la forma dello spasmodico ravvicinamento agli stimoli che un corpo mobile, venuto a contatto della loro inferiore superficie, vi determina. D'allora io non rividi il bambino se non sul finire del maggio, quando la madre mel condusse del tutto guarito; e seppi che il 22 dello stesso mese, insistendo scrupolosamente nel metodo curativo da me proposto, sotto un violento colpo di tosse l'infermo avea espulso il nocciuolo. Dopo di che ogni fenomeno erasi dissipato come per incanto.

Ed io conservo il nocciuolo di ciliegia convertito in fischietto: esso misura 11 millimetri nel suo maggior diametro, 9 nel più piccolo, circa 5 millimetri nello spessore: è convesso in una superficie, piano nell'altra ove ci ha un foro ovalare: venne cacciato senza traccia di muco.

Ora noi sappiamo che i ligamenti delle corde vocali ed i muscoli laringei cominciano ad avere un positivo sviluppo tra i 6-7 anni, ma che questo è lento fino ai 13 o 14 anni, tanto da non correre positiva differenza tra i due sessi, come invece ha luogo nell'adulto; e sappiamo altresì che nei maschi, all'età di 7 anni e mezzo, il diametro dell'apertura tracheale è appena, in media, di 9 millimetri (Béclard). Perchè dunque quel nocciuolo venisse fuori, era necessario che capitasse per il senso del suo spessore fra le labbra glottiche: altrimenti, non faceva che stimolare la superficie inferiore delle corde e provocare lo spasmo, essendone la eliminazione ostacolata dalla dimensione degli altri diametri, superiori entrambi a quella di apertura del glottide. Parimenti il nocciuolo avea dovuto comportarsi quando attratto da un violento atto inspiratorio era andato giù nelle vie del respiro. Per aumentare le probabilità di eliminazione bisognava con l'emetico e la posizione mantenere mobile il corpo estra-

neo, eccitare forti movimenti di espirazione: e questi soli mezzi furono quelli che fruttarono nel caso presente, senza di che non restava che decidersi alla tracheotomia (1).

(Estratto dal giornale *la Clinica* — Fascicoli di settembre ed ottobre 1876).



FINE.

(1) Quando rividi il bambino, dopo la espulsione del corpo estraneo, nel centro della parete posteriore del torace, a destra, notai un leggiero soffio bronchiale ed un pò di oscurità alla percussione. La madre era negativa nel riferirci i segni funzionali, specialmente per quanto si riferiva a tosse. Io ho voluto mettere in nota questa osservazione, perchè poco importante dal punto di vista dal quale ho presentato il caso, e perchè, a mente mia, essa suscita molte questioni ch'io non posso definire, non avendo più riveduto il Castelli.

Era quella una pneumonite reattiva od una atelectasia secondaria? Era un cronico epatizzamento o la pressione esercitata da qualche ganglio peribronchiale ipertrofiato di che anteriormente pativa il bambino?











20.F.27.  
Clinica delle malattie del trat1881  
Countway Library BED4945



3 2044 045 680 295



20.F.27.  
Clinica delle malattie del trat1881  
Countway Library BED4945



3 2044 045 680 295